

**VARIACIONES EN LA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD
LABORAL AL INCLUIR LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS, EN
TRABAJADORES AFILIADOS A UNA EPS EN LA CIUDAD DE CALI**

**IVETT MILENA CEDEÑO OLIVO
PAULA ANDREA VEGA OROZCO**



**FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2012**

**VARIACIONES EN LA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD
LABORAL AL INCLUIR LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS, EN
TRABAJADORES AFILIADOS LA UNA EPS EN A CIUDAD DE CALI**

**IVETT MILENA CEDEÑO OLIVO
PAULA ANDREA VEGA OROZCO**

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Salud Ocupacional

**Director
JORGE IRNE LOZADA MONTENEGRO
M.D.; M.S.O.**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2012**

Nota de aceptación:

Firma Presidente del Jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Santiago de Cali, mayo de 2012

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por guiarnos en el camino que seguimos para alcanzar este logro; a nuestros padres, esposo e hija, por el apoyo en todo el proceso académico que enriquece nuestra profesión; a nuestros tutores que creyeron en nuestras capacidades para realizar el proyecto; a todos los profesores de la maestría por los conocimientos proporcionados; al grupo de pacientes que con su participación y actitud edificante de compartir su situación y forma de vida generaron estos valiosos resultados.

Agradecemos también a todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron a la feliz culminación de este trabajo de investigación y maestría.

Contenido

GLOSARIO	9
1. JUSTIFICACIÓN	155
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	177
3. OBJETIVO.....	199
3.1 OBJETIVO GENERAL	199
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	199
4. MARCO TEÓRICO.....	20
4.1 ESTADO DEL ARTE.....	20
4.2 MARCO CONCEPTUAL	30
5. METODOLOGÍA.....	38
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	38
5.2 HIPÓTESIS NULA	38
5.3 HIPÓTESIS ALTERNA	38
5.4 ÁREA DE ESTUDIO	39
5.5 UNIVERSO	39
5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	39
5.6.1 Criterios de Inclusión	39
5.6.2 Criterios de exclusión.....	40
5.7 POBLACIÓN DE ESTUDIO	40
5.8 MUESTRA	40
5.9 VARIABLES.....	42
5.10 RECOLECCIÓN DE DATOS	44
5.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
6. RESULTADOS.....	48
6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	48
6.2 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	51
6.3 ANÁLISIS DE CASOS ESPECÍFICOS	55
6.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	66
7. CONCLUSIONES	71
8. DISCUSIÓN	74
9. RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	83

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por zona geográfica de discapacidad en Colombia	27
Tabla 2. Tipo de ocupación de las personas con discapacidad (en porcentaje) ..	28
Tabla 3. Diferencias entre las Clasificaciones Internacionales de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías hechas por la OMS.	33
Tabla 4. Una visión de conjunto de la CIDDM-2	34
Tabla 5. Diagnóstico basado en criterios.....	35
Tabla 6. Distribución por grupos de diagnósticos	52
Tabla 7. Diagnósticos no incluidos en la calificación de la PCL.....	52
Tabla 8. Diagnósticos nuevos para la calificación de la PCL.....	53
Tabla 9. Variación de la PCL con los manuales.....	54
Tabla 10. Tiempo de incapacidad.....	55
Tabla 11. Casos con PCL \geq 50% aplicando los manuales.....	56
Tabla 12. Casos específicos que disminuyeron la PCL con la aplicación de los manuales.....	63

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Motivos de exclusión de la población de estudio.	41
Gráfica 2. Distribución de la población estudiada por género	48
Gráfica 3. Distribución de la población estudiada por rangos de edad	49
Gráfica 4. Distribución de la población estudiada por estado civil	49
Gráfica 5. Distribución de la población estudiada por el grado de escolaridad	50
Gráfica 6. Distribución de la población estudiada por el oficio desempeñado	50

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Formato de recolección de datos de historia clínica	84
ANEXO B. Formato del MUCI vigente para la calificación de la PCL (Decreto 917/99)	85
ANEXO C. Formato del MUCI 4 para la calificación de la PCL.....	87
ANEXO D. Consentimiento Informado.....	91
ANEXO E. Resultados del software estadístico.....	96

GLOSARIO

➤ ABREVIATURAS

AFP: Administradora de Fondo de Pensiones.

AMA: Asociación Médica Americana.

ARP: Administradora de Riesgos Profesionales.

ATEP: Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional

CIDDM: Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.

CST: Código Sustantivo del Trabajo.

EG: Enfermedad General.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

ICSS: Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

MUCI: Manual Único de Calificación de Invalidez.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

PCL: Pérdida de Capacidad Laboral, se mide en porcentaje (%).

➤ DEFINICIONES

ACTIVIDAD: realización de una tarea o acción por parte de una persona

BAREMO: herramienta para realizar una evaluación y calificación.

CAPACIDAD LABORAL: Se entiende por capacidad laboral del individuo el conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual.

COMPONENTES: son cada una de las dos subdivisiones principales de las partes.

Los componentes de la Parte 1 son:

- Funciones y Estructuras Corporales
- Actividades y Participación

Los componentes de la parte 2 son:

- Factores Ambientales
- Factores Personales (que no están clasificados en la CIDDM-2).

CONSTRUCTOS: son calificadores relevantes.

Hay cuatro constructos para la parte 1 y uno para la parte 2.

Los constructos de la Parte 1 son:

- Cambio en funciones corporales
- Cambio en estructuras corporales
- Capacidad
- Desempeño/realización

El constructo de la parte 2 es:

- Facilitadores o barreras en Factores Ambientales

DEFICIENCIA: problemas en las funciones o estructuras corporales como una desviación significativa o una pérdida.

DISCAPACIDAD: toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos.

DOMINIOS: son un conjunto práctico y significativo de funciones fisiológicas relacionadas, estructuras anatómicas, acciones, tareas o áreas de la vida. Los dominios constituyen los distintos capítulos y bloques en cada componente.

ESTRUCTURAS CORPORALES: son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, los miembros y sus componentes.

FACILITADORES: son cualquier factor ambiental en el entorno de una persona que, a través de la ausencia o presencia, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad.

FACTORES AMBIENTALES: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

FACTORES CONTEXTUALES: representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los factores ambientales y los factores personales que pueden tener un impacto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados relacionados con la salud de esta persona.

FACTORES PERSONALES: son los antecedentes de la vida de un individuo, y están compuestos por los aspectos que no forman parte de una condición de salud o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, el estilo de vida, los hábitos, los estilos de afrontamiento “coping styles”, los antecedentes sociales, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento y estilo de personalidad, los aspectos psicológicos y otras características, todas o algunas de las que juegan un rol en cualquier nivel de discapacidad

FUNCIONAMIENTO: son las funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación que tiene un individuo. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

FUNCIONES CORPORALES: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL: se considera con incapacidad permanente parcial a la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, presente una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 5% e inferior al 50%.

INVALIDEZ: se considera con invalidez la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

INVALIDO (a): persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD: dificultades que una persona puede tener para llevar a cabo actividades.

MINUSVALÍA: es toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que lo limita o impide para el desempeño de un rol, que es normal en su caso en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales. Dicho de otra manera, es una consecuencia negativa en materia de inserción social.

PARTICIPACIÓN: acto de involucrarse en una situación vital.

REHABILITACIÓN INTEGRAL: el conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas, definidas y conducidas por un equipo interdisciplinario, en el que se involucra al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral³ y a la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios

en el trabajador y en su entorno, y que conduzcan a una reincorporación al desarrollo de una actividad ocupacional satisfactoria.

RESILIENCIA: capacidad de adaptación a los cambios que se presentan durante la vida en las personas, dependiendo de las herramientas individuales, familiares y culturales.

RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN: problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

TRABAJO HABITUAL: se entiende como trabajo habitual aquel oficio, labor u ocupación que desempeña el individuo con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración equivalente a un salario o renta, y por el cual cotiza al Sistema Integral de Seguridad Social.

1. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la población trabajadora con algún grado de discapacidad, ya sea de origen general o profesional, cuenta con la evaluación de ésta mediante la calificación de la pérdida de capacidad laboral, que en la mayoría de los países evalúa la discapacidad física, la invalidez y minusvalía, basados en la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía, 1980) y en algunos países como México, España y Estados Unidos, incluye el contexto en que se desenvuelve el paciente que de una u otra forma influye en él, basados en las recomendaciones de la OMS realizadas en el 2001 por medio de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud).

En Colombia, existe el Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999 - MUCI) que permite calificar la discapacidad a nivel individual con bases científicas y técnicas en materia médica y laboral, que si bien incluye el componente psicosocial, no evalúa a fondo los factores contextuales (ambientales y personales), los cuales son parte importante a la hora de determinar si es capaz o no de desenvolverse en su lugar habitual de trabajo y en la sociedad.

El interés del presente estudio, no realizado antes en Colombia, radica en la valoración de la pérdida de capacidad laboral (PCL) que incluya la evaluación del contexto de los pacientes, quienes ya fueron calificados con el decreto 917 de 1999 (baremo), mediante la aplicación de la versión en borrador del MUCI 4; siendo pioneros en la evaluación de los manuales de calificación de una manera práctica, es decir aplicado a casos reales.

Este estudio conlleva a un beneficio directo en el ámbito legal y de Seguridad Social, al tener la posibilidad de generar cambios en la calificación y clasificación que evidencien la importancia de la evaluación del contexto de forma tal que el porcentaje obtenido se acerque más a la realidad de discapacidad del paciente, logrando un cambio social favorable en la población trabajadora con una limitación marcada para la consecución de sus actividades cotidianas y con graves problemas en su proceso de reincorporación laboral y social, influyendo de forma positiva en la calificación de la PCL.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad con el auge de la Seguridad Social y la Salud Ocupacional, los trabajadores cada vez más están reportando sus enfermedades, y cuando éstas ya sean de origen general o profesional, generan algún tipo de limitación o discapacidad, son enviados a valoración para calificación de PCL; pero muchos de estos individuos con limitaciones físicas, laborales y socialmente evidentes (PCL entre 40-49,99%) al ser calificados con el manual vigente en Colombia no alcanzan el porcentaje requerido para beneficiarse por la pensión (PCL $\geq 50\%$), ya que el MUCI actualmente utilizado (basado en la CIDDM-1 de 1980) no indaga a profundidad entre sus parámetros la evaluación de los factores contextuales del paciente como lo recomienda la OMS con la CIF; aspecto importante en el desenvolvimiento cotidiano del trabajador y que de ser evaluado podría ajustar la calificación y por ende variar la clasificación del grado de invalidez, de ser necesario según la condición del paciente. Al no alcanzar una PCL $\geq 50\%$, el sistema debe enviarlos a reincorporación laboral creando un conflicto para la empresa en cuanto aumento de los costos de incapacidades, permisos y ausentismo en general, ya que habitualmente no cuenta con la infraestructura necesaria para el reintegro, además un conflicto para el trabajador que por su condición no puede continuar realizando su labor de forma habitual y natural, y en ocasiones se ve obligado a renunciar a su derechos como trabajador.

Las estadísticas de la regional Suroccidente de una EPS de la ciudad de Cali muestran un total de 343 personas que han sido calificadas con una PCL menor al 50% y dentro de éstas aproximadamente un 14% (48) presentan un grado de limitación marcada que dificulta y en algunos casos imposibilita su reincorporación laboral adecuada, lo que se ve reflejado en incapacidades prolongadas.

Surgen entonces preguntas como: Está la calificación actual ajustada técnicamente a la condición física y social del trabajador? Se podría mejorar el baremo actual de forma que brinde una calificación más adecuada evaluando al individuo de manera integral como un ser social?

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cambiarían los porcentajes de PCL y la clasificación del grado de invalidez de los trabajadores si el actual baremo utilizado en Colombia evaluara de forma detallada el contexto social como lo recomienda la OMS por medio de la CIF?

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las variaciones en los porcentajes de PCL y en la clasificación del grado de invalidez en trabajadores afiliados a una EPS en Cali, al aplicar un instrumento que evalúe el contexto del paciente con las recomendaciones de la OMS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Actualizar la PCL de los pacientes evaluados con el baremo actual colombiano con PCL entre 40 – 49.99% afiliados a una EPS en Cali.
- Calificar la PCL en la población estudio con un instrumento que evalúe los factores contextuales del paciente como recomienda la CIF (versión en borrador del MUCI 4).
- Comparar los resultados de la calificación y clasificación del porcentaje de PCL obtenidos con la aplicación de los dos instrumentos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ESTADO DEL ARTE

Desde comienzos de la humanidad se ha visto la necesidad de evaluar y cuantificar los daños a la salud física y mental de los individuos; el término daños a la salud corporal es mencionado como tal en el siglo XVI, cuando se hace necesaria la participación médica en procedimientos jurídicos. Y es entre los años 2500 y 1700 AC cuando se desarrollaron los primeros baremos de la humanidad con las Tablas de Nippur, el Código de Hammurabi y la Ley de Tali3n, y en un sentido m3s amplio y social podr3amos decir la Ley del Talmud que clasifica el da3o corporal temporal y permanente, la humillaci3n, da3o moral y dolor f3sico.⁽¹⁾

Grecia tambi3n hizo aportes importantes en cuanto a la determinaci3n del da3o involuntario y asistencia por parte de la comunidad a los inv3lidos y la valoraci3n de la imposibilidad de desarrollar el trabajo habitual. Esquines y Dem3stenes difundieron que fueran los m3dicos quienes en las audiencias y tribunales dieran un concepto acerca de la gravedad de las lesiones, esto fue oficializado por la civilizaci3n Romana a fin de que el agresor pagara una indemnizaci3n y evitar la venganza por parte de los familiares del lesionado. Ya en el siglo XVII, los Filibusteros elaboraron el “Charte partie”, en el cual, a manera de contrato, se especificaba no s3lo la ruta y compensaciones sino tambi3n las indemnizaciones en caso de lesiones o secuelas.⁽¹⁾

De forma paralela a nivel ocupacional, se inici3 la conformaci3n de entidades y agrupaciones que brindaron protecci3n a los trabajadores, similares a las

entidades de seguridad social, tales como los Collegia en Roma y las Cofradías en España. En el siglo XVIII la Revolución Francesa, trajo consigo nuevos métodos de trabajo y con ello nuevos riesgos para la salud del trabajador, pero también los sindicatos quienes lucharon y promovieron mejores condiciones de trabajo.⁽¹⁾ Con la industrialización se observó una mayor participación del Estado desarrollándose en Francia la ley social (1879), en la cual se garantizaba trabajos para toda la sociedad y medios para subsistir para aquellos que no podían trabajar y en Alemania el Bismarckiano (1883), en el que se obligaba a contribuir a un fondo usado para cubrir gastos en caso de enfermedad o accidente que lo incapacitara temporal o indefinidamente para el trabajo, argumentando que no se haría por voluntad propia, y además obligaba al empleador a cubrir dichos gastos o indemnización si éste recaía en infracción del reglamento anterior.

Todo lo anterior deja en evidencia la importancia que desde hace muchos años representa la garantía de la seguridad social en la población trabajadora, así como la necesidad de cuantificar o categorizar el daño físico y las consecuencias que estas lesiones puedan tener en la vida social y laboral del individuo a la hora de definir el valor de las prestaciones sociales a que tiene derecho.⁽²⁾

En Colombia esta seguridad social, mencionada por primera vez en el discurso de Angostura en 1819 por el Libertador Simón Bolívar, se implementó como tal con las fuerzas militares brindando el derecho a pensión por vejez o invalidez a aquellos que habían servido a la patria. Definiendo inválido como “cualquier individuo que sirviendo en la fuerza pública haya sufrido una herida o lesión o contraído enfermedad que lo incapacite para trabajar como antes y le impida pagar su subsistencia”, inválido mutilado “los que han sufrido la amputación de algún miembro y los asimilados a los que sin haber sufrido amputación han perdido completamente el uso de algún miembro; y los no mutilados a los que no se contemplen en la definición anterior” (Ley 50 de 1879).^(1,2)

Casi 35 años después con la Ley 57 de 1915, se establece la obligación de los empleadores y empresas de dar asistencia médica e indemnización a los trabajadores por accidente de trabajo o muerte, considerándose ésta como la ley pionera en Seguridad Social. Al pasar los años y con la aparición de nuevas reformas y leyes, la Seguridad Social incluyó aspectos como el auxilio por enfermedad no profesional, gastos de entierro, vacaciones y cesantías (Ley 6 de 1945).⁽²⁾

Posteriormente con la Ley 90 de 1946 que creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) bajo la influencia de organizaciones internacionales como la OIT con la Carta de Filadelfia en 1944, el ICSS establece el seguro obligatorio que cubre las enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez y vejez, ATEP y las compensaciones económicas generadas de los mismos, diferenciando la población trabajadora del resto que solo tenía acceso a atención en salud en hospitales públicos y cajas de compensación para empleados oficiales.^(1, 2, 3)

En 1950 el Decreto-Ley 2663 y posteriormente su modificación con el Decreto-Ley 3743 del mismo año se crea el Código Sustantivo del Trabajo (CST)⁽⁴⁾, el cual buscaba justicia entre empleadores y trabajadores, incluyendo el concepto de accidente de trabajo y las que serían las primeras tablas de calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL), siendo así el primer baremo colombiano, orientado principalmente a lesiones causadas por riesgos profesionales y accidentes de trabajo contemplando que posterior al tratamiento médico se realizaría la calificación de la pérdida y el médico debía certificar si la incapacidad era temporal o permanente y si podía retornar a la actividad laboral. Además especificaba los medios por los cuales de existir controversias se podía apelar dentro de los 8 días siguientes al accidente ante los médicos de la Oficina Nacional de Medicina e Higiene Industrial o los legistas como última instancia y

realizar una revisión del caso y nueva calificación a los 3 años de ocurrido el accidente de haber un cambio en la lesión.⁽¹⁾

Así mismo, con el aumento en la cobertura prestacional por el ICSS con el decreto 317 de 1964 se aprueba el reglamento general del seguro social obligatorio de accidentes de trabajo. Posteriormente en 1967 el Consejo Directivo del ICSS promulga el Acuerdo 258 que contenían las tablas de evaluación de las incapacidades originadas por lesiones secundarias a accidentes de trabajo y enfermedad profesional, siendo este el segundo baremo colombiano identificable.⁽¹⁾

Más adelante, otros avances normativos en cuanto a Salud Ocupacional en Colombia, fortalecen esta disciplina, aparece así el decreto 614 de 1984 por el cual se dan las bases para la organización y administración de la Salud Ocupacional en Colombia. Un avance importante se da a finales de los 80's con el acuerdo 470 de 1989 de la Junta Administradora del ISS con el cual se crearon los Comités de Evaluación Funcional que debían realizar la calificación con un abordaje bio-psico-social y mediante el decreto 1546 de 1989 que determinaba que la evaluación debía ser realizada por un grupo interdisciplinario.⁽¹⁾

Sin duda uno de los mayores avances se dio con la Ley 100 de 1993 que promulgaba una cobertura universal, integral y solidaria en seguridad social, concretando el Sistema General Integral de Seguridad Social articulando los subsistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales.⁽⁵⁾

Otro cambio importante generado por la Ley 100 de 1993 es la definición de invalidez dada por el artículo 38: "...persona invalida como aquella que tenga pérdida de capacidad laboral igual o mayor del 50%, incapacidad permanente parcial como aquella pérdida de capacidad laboral mayor al 5% y menor del 50%

que sobrevenga de una enfermedad profesional o accidente de trabajo” ⁽⁵⁾ y se determina el monto y la responsabilidad del pago de las mismas según el origen.

El paso decisivo y que marcó diferencia fue el surgimiento del Manual Único de Calificación de Invalidez (MUCI, Decreto 692 de 1995) ⁽⁶⁾, que buscaba minimizar la subjetividad en el proceso de calificación, unificar conceptos en cuanto a integralidad se refiere y exponer los requisitos para la calificación, competencias de los evaluadores y el alcance de los mismos; eliminó las tablas anteriormente utilizadas (ICSS y CST) y las diferencias de calificación para los regímenes de excepción, quedando como única herramienta reconocida legalmente y que “...aplicará a todos los habitantes del territorio nacional, trabajadores del sector público o privada”. ^(1, 6, 7)

El MUCI realiza una integración del concepto anátomo-funcional enlazándolo con el impacto de la misma en el trabajo, teniendo en cuenta los componentes biológico, psíquico, y social del ser humano definidos en tres variables: deficiencia, discapacidad y minusvalía.

En 1999 aparece el decreto 917 que si bien mantiene la integralidad y la evaluación de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías⁽⁸⁾, le resta importancia a ésta última y da mayor peso porcentual al impacto de las primeras en la minusvalía ocupacional; fundamentado en la metodología CIDDDM de la OMS. Este nuevo Baremo trajo consigo también la estandarización de los procesos de calificación y controversias para los diferentes actores de la seguridad social. ^(1, 8, 9)

En la actualidad, la incapacidad permanente, es una situación médico-administrativa-legal, en la que el trabajador se encuentra impedido permanentemente para realizar actividades laborales como consecuencia de un estado patológico, de curso crónico, en donde habiendo agotado todos los

recursos terapéuticos, no se ha conseguido una recuperación de su capacidad funcional compatible con el desarrollo de actividades laborales.

En un estudio sobre la incapacidad permanente en España, se presenta la incapacidad condicionada por la normatividad de cada país, por la situación socio-laboral y por otras situaciones ajenas al proceso de enfermar. Dan un enfoque a la valoración de incapacidades desde el punto de vista sanitario, mostrando que la incapacidad permanente en el contexto de la morbilidad, sería un indicador global de la repercusión funcional de un problema de salud específico. Aunque cuentan con un equipo multidisciplinario, encargado de evaluar todos los factores que interfieren en la limitación y de calificar la existencia o no de la incapacidad, refieren que no cuentan con una información sistematizada y fiable sobre las enfermedades y otras variables personales y laborales que condicionan las situaciones de la incapacidad permanente para el trabajo; definiendo la importancia en los diferentes entes que intervienen en el tema: el sistema sanitario encargado de generar la atención médica, la Entidad Gestora encargada de la prestación económica, el mundo laboral y la sociedad que soporta las consecuencias de esta situación. ⁽¹⁰⁾

Refieren al médico de atención primaria como el profesional que podría participar en dos momentos importantes en el proceso de calificación de incapacidad permanente: un primer momento, proponiendo el inicio del proceso de calificación y un segundo momento, aportando la información clínica y las circunstancias relacionadas con el concepto de incapacidad, para la calificación, situaciones y referentes que no son ajenos a la atención integral propia de la atención primaria de salud. ⁽¹⁰⁾

En un estudio sobre discapacidad en Colombia ⁽¹¹⁾ definen que el concepto de discapacidad depende de las percepciones y actitudes de las personas afectadas y de las interpretaciones culturales y estatus social del observador, por lo que la

discapacidad cambia en el tiempo y de acuerdo a la sociedad y época en el que se desarrolle su calificación.

Es por eso que en Colombia, el Ministerio de la Protección Social, en su momento, estableció un conjunto de condiciones para estructurar el concepto de incapacidad, estas condiciones pueden ser: ambientales, físicas, biológicas, culturales, económicas y sociales, las cuales afectan el desempeño individual, familiar y/o social en el ciclo vital. La situación que rodea el problema de salud del individuo y que pone en desventaja a la persona limitada frente a la población sana es la falta de oportunidades para superar el problema dentro del contexto social.

Hasta hoy, en Colombia, no existe una medición de la exclusión laboral de las personas con discapacidad o limitación, lo que dificulta el reconocimiento de las causas raíces y las condiciones reales a las que se enfrentan las personas limitadas por situaciones de salud especiales, a la accesibilidad a los diferentes servicios sociales y mercado laboral. Los datos que se tienen están desagregados en encuestas especializadas, una de ellas es el Censo realizado periódicamente en el país.

El Banco Mundial estima que entre el 10% y el 12% de la población mundial viven con algún grado de discapacidad o limitación. La OMS estima a esta población en un 10% (ONU, 2008). En Colombia, las cifras dadas por el Censo 2005 refieren que el 6,33% de la población tiene por lo menos una limitación de carácter permanente, es decir, que aproximadamente 2.624.898 de colombianos viven con alguna limitación física y/o mental. En la tabla 1 se muestra la distribución de la población con discapacidad por zona geográfica, evidenciando que la zona rural tiene mayor porcentaje de afectación con respecto a la población urbana.

Tabla 1. Distribución por zona geográfica de discapacidad en Colombia

Zona	Total de población discapacitada	Total de población	% Total
Urbana	1.826.649	31.493.948	5.80
Rural	798. 249	9.953.229	8.02
Total	2.624.898	41.467.583	6.33

Fuente modificada para el estudio: Censo General 2005. ^(11, p.29)

En el análisis de discapacidad relacionada con el trabajo en el país, respecto al ámbito socioeconómico, las personas limitadas enfrentan mayores costos que aumentan el riesgo de caer en la pobreza. Estos costos no son iguales para toda la población, dependen de la severidad de la limitación funcional; pero se pueden, en general, clasificar en directos e indirectos. Los costos directos se refieren al cuidado médico y rehabilitación, incluyendo ayudas tecnológicas de las que se deban y puedan disponer. Los costos indirectos están expresados en las pérdidas por la condición de discapacidad, por ejemplo, la pérdida laboral, la disminución de los ingresos, la disminución de la satisfacción y bienestar, los aportes al sistema de salud, las indemnizaciones, la dependencia de la familia y en algunos casos el pago de un cuidador y la pérdida de consumir menos bienes y servicios.⁽¹²⁾ Pero estos costos indirectos son difíciles de estimar, puesto que no hay información económica que permita conocer el costo social de la discapacidad hasta el momento.

Por lo anterior, la percepción de pobreza y de invalidez en las familias que tiene algún miembro con limitaciones, es mucho más alta que para el resto de las familias. A esto se suma que el 83% de las personas con discapacidad pertenecen a los estratos 1 y 2 (44 y 39% respectivamente). ⁽¹¹⁾

En cuanto al ámbito laboral, las cifras encontradas provienen del Registro para la Localización y la Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), mostradas en la tabla 2, donde se observa que sólo el 23% de las personas se encuentran trabajando, lo que representa la gran desventaja en cuanto a los derechos adquiridos como participación laboral, salud y seguridad social.

Tabla 2. Tipo de ocupación de las personas con discapacidad (en porcentaje)

Actividad principal	De 15 a 59 años		
	Hombres	Mujeres	Total
Realizando oficios del hogar	7,9	42,3	25,7
Incapacitado permanente - sin pensión	27,8	20,5	24,0
Trabajando	30,5	15,9	22,9
Otra actividad	10,5	6,4	8,4
Buscando trabajo	9,1	4,8	6,9
Estudiando	6,4	5,8	6,1
Realizando actividades de autoconsumo	4,3	1,7	2,9
Incapacitado permanente – con pensión	2,4	1,5	1,9
Pensionado – jubilado	0,6	0,6	0,6
Recibiendo renta	0,5	0,7	0,6

Fuente modificada: RLCPD ^(11, p. 45)

Analizando el tipo de aporte a la salud de las personas con discapacidad en edad de trabajar y vinculadas al trabajo, se observa que el 42% de éstas cuenta con EPS-S, y 42,3% cuenta con EPS. En contraste, 52,2% de las personas sin discapacidad que trabajan están afiliadas a las EPS, y sólo el 31,8% a EPS-S. En cuanto al aporte de pensiones, se encontró que el 21,3% de las personas con discapacidad están afiliadas a algún fondo de pensiones y el 28,3% pertenece a las personas sin ninguna discapacidad. Esto apunta a las desventajas socioeconómicas y laborales a las que se ven enfrentadas esta población. ⁽¹¹⁾

La realidad social de las condiciones del entorno de las personas con discapacidad es influenciada y limitada por la existencia de distintos tipos de barreras, que se exponen a continuación. ⁽¹¹⁾

- **Barreras legales:** a pesar del establecimiento de leyes relacionadas con la discapacidad, mencionando la más importante, la Ley 361 de 1997, no existe un marco legal unificado relacionado con la vinculación laboral de las personas con discapacidad y a su vez que eviten la discriminación frente a la accesibilidad al empleo.
- **Barreras socioeconómicas:** hay marcadas limitaciones en la rehabilitación integral, altos niveles de analfabetismo o educación precaria, dificultades en el acceso a servicios de salud, desconocimiento del comportamiento de la discapacidad en costos indirectos, falta de compromiso por parte de las empresas con el bienestar y estabilidad laboral de estas personas, con condiciones precarias en la contratación y pocas posibilidades de capacitación profesional, en los casos requeridos, entre otras.
- **Barreras físicas:** se refiere a la infraestructura de las calles, avenidas, edificios, transporte, etc.; acceso a la educación, capacitación y generación de empleo, incentivo de las empresas para la contratación de personas con limitación; existen dificultades adicionalmente de la infraestructura de las empresas, que las hacen incurrir en gastos muy altos para las modificaciones necesarias en los lugares de trabajo.
- **Barreras culturales:** no hay una intervención en las comunidades para transformar las percepciones sobre la discapacidad, asumidas como condiciones trágicas y de rechazo a nivel personal y familiar; hay restricción en los espacios de formación y capacitación y construcción de redes sociales, entre otros.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

En la evolución conceptual de la salud y la discapacidad/limitación, se parte no solo de un marco histórico nacional, sino también de un referente mundial, en este caso la OMS; quien define a la salud como "... el perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de daño o malestar" ⁽¹³⁾, basado en el paradigma médico del mundo occidental conformado por tres pilares:

- Concepto de salud como estado, no como un proceso continuo de cambios entre normalidad - anormalidad sin que exista un límite definido entre ellas.
- Tratamiento de la enfermedad, por medio de servicios de salud organizados con el objetivo de "curar" y no de mantener la salud.
- Condiciones de salud analizadas sin relación con el contexto social, laboral e histórico del individuo o comunidad observados. ⁽¹⁴⁾

Anteriormente se estudiaba la incapacidad laboral de forma lineal basada en el esquema etiología-patología-manifestación de síntomas propuesto por la OMS en 1980 con la CIDDM - 1, en el cual una enfermedad producía una deficiencia (lesión) que llevaba a una discapacidad determinando la presencia de una minusvalía en el individuo. Así podemos interpretar la CIDDM – 1 como un modelo causal unidireccional. ^(13,15)

En el 2001 se modifica el CIDDM -1, apartándose del modelo lineal y se establece el CIDDM 2 o Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF), planteando ahora un modelo biosicosocial que integra 3 aspectos a saber: nivel biológico que podría explicar las deficiencias o alteraciones funcionales y estructurales corporales; nivel personal que se refiere a las actividades del individuo y sus limitaciones y nivel social que hace

referencia a la participación del individuo comparada con la esperada por el mismo individuo en condiciones normales.^(13, 16)

La CIF interpreta los diferentes aspectos del individuo afectados desde las consecuencias de la enfermedad, es decir considera la interacción entre la alteración de la salud y los factores de su contexto. La clasificación abarca tres dimensiones: a) funciones y estructuras corporales, Nivel corporal; b) actividades, Nivel individual y c) participación en la sociedad, Nivel social.^(13, 17)

En el nivel corporal, se evalúa las lesiones en las estructuras corporales y/o las deficiencias en el funcionamiento de los diferentes sistemas en el organismo.

En el nivel individual, se evalúa el grado de limitación para la realización de las actividades cotidianas secundarias a las deficiencias evaluadas en el nivel corporal.

Dentro del nivel social, se evalúan los factores contextuales de las personas, en este caso del trabajador, puesto que constituyen el trasfondo de la vida del individuo y su estilo de vida, ilustrando el contexto real en el que vive, teniendo en cuenta tanto factores ambientales como personales.

Los factores ambientales son externos al individuo, conformados por los aspectos físico, social y actitudinal de las personas en su modo de vida; aquí encontramos factores positivos o facilitadores y negativos o factores de riesgo; ejemplo de factores ambientales son: lugares como la casa, el trabajo, universidad; de contacto como grupo familiar, conocidos, compañeros y otros como servicio de transporte, actividades comunitarias y redes sociales, entre otras.^(15,17)

Los factores personales se refieren a las experiencias de vida y antecedentes del individuo, que no hacen parte de su estado de salud; ejemplo de ello son el género, la raza, la edad, patologías asociadas, educación, sucesos vividos, la

personalidad, etc. Estos factores cumplen con el objetivo de generar estrategias de intervención más que para su clasificación.⁽¹³⁾

Vemos entonces la evolución de la CIDDM, con una clasificación inicial de “consecuencias de enfermedades” desde el impacto generado por una patología, a una clasificación de “componentes de la salud” abarcando todos los aspectos que la constituyen. Las diferencias entre ambas clasificaciones internacionales se evidencian desde el concepto de las dimensiones comprendidas en el desarrollo de la evaluación de la salud individual (Tabla 3).⁽¹⁸⁾

Es así como a nivel mundial se establecen entonces códigos o referencias que son adaptadas a cada país con el fin de unificar por lo menos a nivel nacional los criterios con los cuales se definirá la situación de discapacidad y la capacidad laboral de cada trabajador como resultado de las secuelas de enfermedades de origen general o laboral.

Tabla 3. Diferencias entre las Clasificaciones Internacionales de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías hechas por la OMS.

CIDDM – 1	CIDDM – 2
Deficiencia: se entiende por deficiencia, dentro del área de la salud, toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.	Deficiencia: toda pérdida o anormalidad de una estructura anatómica o de una función psicológica o fisiológica.
Discapacidad: se entiende por discapacidad toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.	Actividad: es la naturaleza y el nivel de rendimiento funcional de una persona. Las actividades pueden verse limitadas en naturaleza, duración y calidad. La limitación de actividad (antes discapacidad) es la dificultad que tiene una persona para realizar, lograr o terminar una actividad.
Minusvalía: se entiende por minusvalía toda situación desventajosa para un individuo, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol normal en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales concurrentes.	Participación: es la naturaleza y el grado de intervención de una persona en situaciones de la vida con relación a deficiencias, actividades, alteraciones de la salud y factores de contexto. La participación puede verse restringida en naturaleza, duración y calidad. La restricción de la participación es una desventaja para la persona con deficiencia o discapacidad, que se crea o agrava por las características de los factores de contexto (ambiental y personal).

La CIF organiza la información en dos partes, cada una con dos componentes (ver tabla 4) ^(13,15):

- Funcionamiento y Discapacidad:
 - Cuerpo: funciones corporales y estructuras
 - Actividades y participación

- Factores contextuales:
 - Ambientales
 - Personales

Tabla 4. Una visión de conjunto de la CIDDM-2

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	1. Funciones corporales 2. Partes del cuerpo	Áreas visuales (tareas, acciones)	Influencias externas en el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones del cuerpo (fisiológico) Cambios en la estructura del cuerpo (anatómico)	Capacidad: Ejecución de tareas en un entorno uniforme Desempeño/Realización: Ejecución de tareas en el entorno real	Impacto de elementos facilitadores y barreras del mundo físico, mental y actitudinal	Impacto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural <u>Funcionamiento</u>	Actividad y Participación	Facilitadores	No aplicable
Aspectos negativos	Deficiencia <u>Discapacidad</u>	Limitaciones en la actividad Restricciones en la participación	Barreras / Obstáculos	No aplicable

Fuente: CIDDM-2 ⁽¹³⁾

Los manuales de calificación colombianos también están basados, en cuanto a la deficiencia, en la Guía de la Evaluación del Daño Permanente de la Asociación Médica Americana (AMA), la cual proporciona la metodología para la calificación

de la deficiencia, siendo su última versión la sexta edición en donde incluye en la evaluación la interacción médica y el tratamiento de rehabilitación en el proceso de salud, midiendo la funcionalidad de la persona frente al daño presentado. ⁽¹⁹⁾

La AMA genera una propuesta de valoración de la deficiencia bajo unos criterios diagnósticos divididos en clases que van de 0 a 4, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 5. Diagnóstico basado en criterios ⁽²⁰⁾

Criterios diagnósticos	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase4
Rangos	0%	Mínimo %	Moderado %	Severo %	Muy severo %
Grados		ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE
Historia clínica	Sin problemas	Problemas leves	Problemas moderados	Problemas severos	Problemas muy severos
Hallazgos físicos	Sin problemas	Problemas leves	Problemas moderados	Problemas severos	Problemas muy severos
Resultado de paraclínicos	Sin problemas	Problemas leves	Problemas moderados	Problemas severos	Problemas muy severos

Fuente traducida de la AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th Ed. ⁽²⁰⁾

Manual Único de Calificación de Invalidez versión 4 ⁽²¹⁾

Con los cambios a nivel conceptual y tecnológico para valorar la pérdida de capacidad laboral de las personas, desde la OMS y la AMA (Asociación Médica

Americana), se hizo necesario generar modificaciones y hacer una actualización del manual de calificación de invalidez vigente en Colombia, el cual se conoce como Manual Único de Calificación de Invalidez versión 4 en borrador (MUCI 4).

El MUCI 4 está distribuido en tres partes:

1. Generalidades: contiene las definiciones, relacionando los fundamentos conceptuales, epistemológicos y ontológicos desde lo normativo y los conceptos básicos para la calificación en Colombia, además la estructura del manual y el instructivo para la calificación.
2. Primera parte: contiene la metodología y procedimientos para la valoración de las deficiencias de los sistemas corporales cada uno de ellos en un capítulo conformando 15 capítulos en total.
3. Segunda parte: contiene la metodología y procedimientos para la calificación del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales.

El manual, además, contempla cambios en diferentes dimensiones, a saber:

- Dimensión científico-técnica: existen desarrollos tecnológicos y conceptuales en el sector de la salud y el trabajo, que hicieron necesario integrar el uso de nuevas tecnologías de valoración y apoyo diagnóstico disponibles en Colombia, para permitir de manera más objetiva la valoración de las deficiencias en los diferentes sistemas corporales.
- Dimensión literaria: a nivel conceptual se generan cambios significativos en el campo de la valoración del daño, la compensación y la discapacidad. Este manual tiene dos referentes:
 - a. La Asociación Médica Americana (AMA) con la sexta versión de las “Guías de Evaluación del Daño Permanente” (*Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*), que proporciona las directrices y pautas

importantes en la calificación de las deficiencias, que han sido retomadas en diferentes regiones del mundo.

b. La OMS con la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF 2001)”, que proporciona una base científica, con un lenguaje estandarizado para comprender los estados funcionales asociados con la salud.

- Dimensión política y social: sustentado en el estado del arte, se hace un proceso de reflexión y debate público, con la participación de expertos y actores interesados, con el fin de hacerlos partícipes del proceso de cambio del manual.

Según lo referido por el manual, en esos espacios se evidenciaron fortalezas y oportunidades a nivel normativo con respecto a la aplicabilidad del Decreto 917 y la compleja realidad colombiana, en materia de salud y situación laboral.

En síntesis, la versión en borrador del MUCI 4 constituye una herramienta técnica y objetiva para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, que sea a la vez sensible y ajustada a la realidad nacional y sustentada en el contexto científico, político, social y normativo del país.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio transversal, descriptivo y analítico, comparativo de tecnologías.

Este proyecto se desarrolló en la ciudad de Cali, departamento del Valle del Cauca, Colombia, durante un período de 22 meses.

Con respecto a la base de datos, se escogió la población de estudio con un %PCL entre el 40 - 49,99%, calificada en un periodo de tiempo desde 2005 - 2011.

5.2 HIPÓTESIS NULA

La calificación del grado de invalidez de los pacientes calificados con el Decreto 917 de 1999 (vigente en Colombia), no varía si a éstos se les aplicaran baremos que incluyan las recomendaciones de la OMS.

5.3 HIPÓTESIS ALTERNA

La calificación del grado de invalidez de los pacientes calificados con el Decreto 917 de 1999 (vigente en Colombia), varía si a éstos se les aplicaran baremos que incluyan las recomendaciones del contexto psicosocial.

5.4 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el área de Medicina Laboral de una EPS de la ciudad de Cali, en el departamento del Valle del Cauca.

El área de Medicina Laboral realiza, entre sus funciones, seguimiento a los pacientes afiliados a la EPS que hayan sido calificados con pérdida de capacidad, en el suroccidente del Valle del Cauca.

5.5 UNIVERSO

El universo del estudio contó con 343 trabajadores afiliados a una Entidad Promotora de Salud (EPS) del suroccidente colombiano calificados con una pérdida de capacidad laboral por patologías de origen común o profesional menor de 50%.

5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.6.1 Criterios de Inclusión

- Trabajadores atendidos en el área de Medicina Laboral de una EPS del Valle del Cauca, en las ciudades de Buga, Cali, Palmira, y Tuluá.
- Aceptación del paciente para la participación del estudio, por medio del consentimiento informado.
- Trabajadores con pérdida de capacidad laboral entre 40 – 49.99% con aplicación del decreto 917 de 1999 calificados entre los años 2005 – 2011.

5.6.2 Criterios de exclusión

- Negativa voluntaria del paciente para la participación en el estudio.
- No estar en seguimiento en la EPS.
- Pacientes con pérdida de capacidad laboral menor al 40% y mayor o igual a 50%.
- Pacientes que gozan de otro tipo de pensión.
- Que residan fuera del Valle del Cauca al momento del estudio.

5.7 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se consideró una la población de 48 trabajadores atendida en el área de medicina laboral de la EPS en Cali, calificados hasta mayo de 2011 con pérdida de capacidad laboral entre 40 – 49.99%.

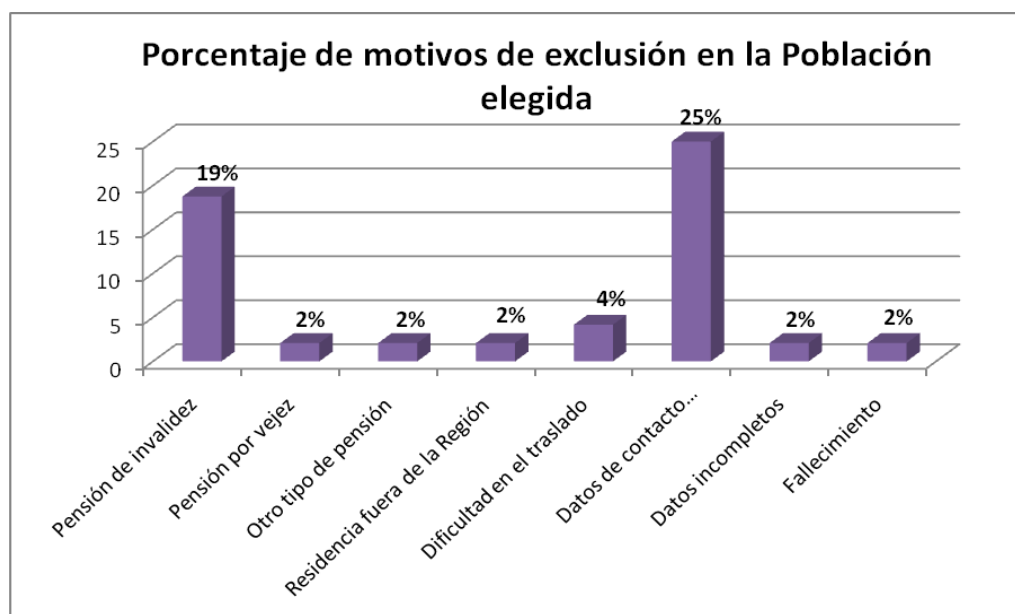
5.8 MUESTRA

Esta muestra fue tomada a conveniencia y no de forma probabilística, puesto que su obtención dependía de la disponibilidad de los datos, el contacto y asistencia voluntaria de los pacientes.

La población inicial de 48 trabajadores, fue contactada vía telefónica, según los datos de la historia clínica.

De la población a estudio, 28 trabajadores, a pesar de cumplir con los criterios de inclusión, al momento de establecer el contacto para la participación en el estudio, se presentaron diferentes aspectos por los que no pudieron ser evaluados, los cuales se anuncian a continuación. (Gráfica 1):

Gráfica 1. Motivos de exclusión de la población de estudio.



Fuente: Base de datos del estudio

- **Pensión por invalidez:** 19% de la población a estudio (9 trabajadores), fueron calificados por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez con porcentaje de PCL mayor o igual a 50%, en el intervalo de tiempo entre la selección de la muestra y la recolección de los datos.
- **Pensión por vejez:** 2% de la población a estudio (1 trabajador), se encuentra pensionado, cumpliendo con los parámetros de la edad y tiempo laborado.
- **Otro tipo de pensión:** 2% de la población a estudio (1 trabajador) se encuentra pensionado por sustitución.
- **Residencia fuera del Valle del Cauca:** 2% de la población a estudio (1 trabajador) se encontraba residiendo fuera del Valle del Cauca.

- **Dificultad en el traslado:** 4% de la población a estudio (2 trabajadores), debido a las condiciones económicas que sobrepasaban el subsidio de transporte que se ofreció a los participantes para la asistencia a la valoración, no pudieron trasladarse hasta el consultorio en la ciudad de Cali.
- **Datos de contacto desactualizados:** 25% de la población a estudio (12 trabajadores) presentó datos de contacto telefónicos desactualizados lo cual impidió la comunicación y ubicación.
- **Datos incompletos:** 2% de la población a estudio (1 trabajador), se presentó el día de la valoración médica sin la información solicitada, la cual tampoco reposaba en los archivos de la EPS.
- **Fallecimiento:** 2% de la población a estudio (1 trabajador).

Finalmente se valoraron 20 trabajadores, convirtiéndose en la muestra definitiva del estudio.

5.9 VARIABLES

Nombre de variable	Definición operacional	Tipo/ nivel de medición	Forma de registro
Edad	Años cumplidos hasta el día de aplicación del estudio	Independiente / Numérica	Años
Género	Describe el fenotipo del sujeto de estudio	Independiente / Nominal	Femenino Masculino
Estado Civil	Tipo de vinculación con pareja permanente	Independiente / Nominal	Casado Soltero

			Unión libre Viudo Separado
Escolaridad	Ultimo grado cursado	Independiente / Ordinal	Primaria Secundaria Técnico/tecnológico Universitaria
Oficio	Oficio habitualmente desempeñado	Independiente / Nominal	Administrativo Operario Servicio
Tipo de vinculación al Sistema de Salud	Describe el tipo de vinculación a la EPS	Independiente / Nominal	Dependiente Independiente
Origen de Enfermedad	Origen o contingencia de la enfermedad causante de la PCL	Independiente / Nominal	Enfermedad general Enf. profesional Accidente laboral
Diagnóstico	Diagnostico incluido en el CIE-10 y que es causante de la PCL	Independiente / Nominal	Se agruparán con base al CIE 10
Pérdida de Capacidad Laboral (PCL)	Calificación asignada por el médico laboral según la capacidad laboral del trabajador	Dependiente / Numérica	%PCL MUCI actual %PCL MUCI 4
Deficiencia	Calificación de la deficiencia con los manuales aplicados (MUCI vigente y MUCI 4)	Dependiente / Numérica	DEF MUCI actual DEF MUCI 4

Discapacidad y Minusvalía	Calificación de la discapacidad y minusvalía con el MUCI vigente	Dependiente / Numérica	D-M MUCI actual
Limitación de la actividad y Restricción en la participación	Calificación de la Limitación de la actividad y Restricción en la participación con el MUCI 4	Dependiente / Numérica	LA-RP MUCI 4
Estado de afiliación	Describe la situación del estado actual de la afiliación a la EPS	Independiente / Nominal	Activo Suspendido Retirado
AFP	Describe la afiliación a la Administradora de Fondo de Pensiones	Independiente / Nominal	Si está afiliado No está afiliado
ARP	Describe si está afiliado a la Administradora de Riesgos Profesionales	Independiente / Nominal	Si está afiliado No está afiliado
EPS	Describe si está afiliado a Salud	Independiente / Nominal	Si está afiliado No está afiliado
Concepto de favorabilidad	Define que el estado de salud del paciente le permite o no laborar	Independiente / Nominal	Favorable No favorable

5.10 RECOLECCIÓN DE DATOS

En el desarrollo del estudio, la recolección de la información se llevó a cabo mediante la revisión de historias clínicas y aplicación de un formato, diseñado por las investigadoras, que cuenta con los apartes propios de la historia clínica, para

la recopilación de la información necesaria, obtenida de entrevistas y valoraciones médicas de los participantes.

Se revisaron 48 historias clínicas validando la cantidad y calidad del registro con el fin de detallar la información que sería solicitada para el momento de la valoración.

La información de las historias revisadas se condensó en un formato en Excel para proceder a la citación de los pacientes; sin embargo por las razones expuestas en el ítem de la muestra, se citaron 20 pacientes en la consulta de medicina laboral, con un tiempo de valoración de una hora para cada uno, en la cual se realizó una entrevista para completar y actualizar la historia clínica, se registraron los paraclínicos y los estudios imagenológicos complementarios, y finalmente se evaluó su condición física. Todos los pacientes fueron evaluados por las dos investigadoras en un mismo momento y los datos de estas evaluaciones fueron registrados en un formato de historia clínica en Excel diseñado por las investigadoras. (Anexo A)

Una vez realizada la evaluación a todos los participantes, se aplicó a la información recolectada cada uno de los manuales de Calificación de Invalidez utilizados para el estudio, el Decreto 917 de 1999 con el que habían sido calificados con el fin de actualizar dicha calificación, tomándola como línea de base, de forma que fuera comparable con el otro instrumento, el MUCI 4, con un tiempo promedio de 2 horas por cada manual. Los formatos utilizados para el registro de la aplicación de estos manuales fueron diseñados, por las investigadoras, en Excel con las fórmulas adecuadas para calcular el %PCL, según lo dispuesto en cada manual. (Anexo B y C)

Con el fin de disminuir los sesgos reconociendo la inexperiencia de las investigadoras en la calificación, se siguieron los siguientes procesos:

- Revisión del MUCI 4 con el aval de la Universidad Nacional, quien además facilitó el instructivo para la aplicación del mismo.
- Participación en la prueba piloto realizada en el 2011.
- Participación en el grupo de discusión de la Universidad del Valle.
- La calificación resultante fue revisada y validada por dos expertos en calificación de invalidez en momentos diferentes, quienes además participaron en el diplomado sobre el MUCI 4 realizado por la Universidad Nacional, los cuales finalmente avalaron los resultados de cada caso.

5.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el desarrollo de la investigación, los pacientes de la muestra fueron contactados telefónicamente informándoles sobre la opción de participar en el estudio; posterior a una aceptación verbal inicial, se programó las citas médicas para la recolección de los datos, en donde previamente a la valoración del participante, se diligenció el formato del consentimiento informado (Anexo D), según título II, cap.1 art. 9, 10, 11, 15 y art. 16 Parágrafo primero de la Resolución 8430 de 1993 ⁽²²⁾, y el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Este consentimiento fue explicado y diligenciado por las investigadoras, el participante y dos testigos, por medio de firmas, según lo exigido por la resolución anteriormente mencionada.

En este proyecto de investigación no existieron riesgos físicos, psicológicos, sociales o legales. El riesgo potencial fue evidenciar la existencia de un cambio en los porcentajes de calificación de pérdida capacidad laboral actual el cual podría generar variación en la clasificación del grado de invalidez; para lo cual se tenía determinado que el participante se remitiría a los médicos laborales de la EPS, quienes serán los encargados de evaluarlos y de ser necesario serian remitidos a

las entidades correspondientes para el reconocimiento de los derechos prestacionales.

Los datos que fueron recopilados harán parte de la historia clínica del paciente que está custodiada por la EPS bajo la rigurosidad de confidencialidad que exige la ley. La información que constituye la base de datos para el análisis estadístico fueron identificados por un código que solo es conocido por las investigadores.

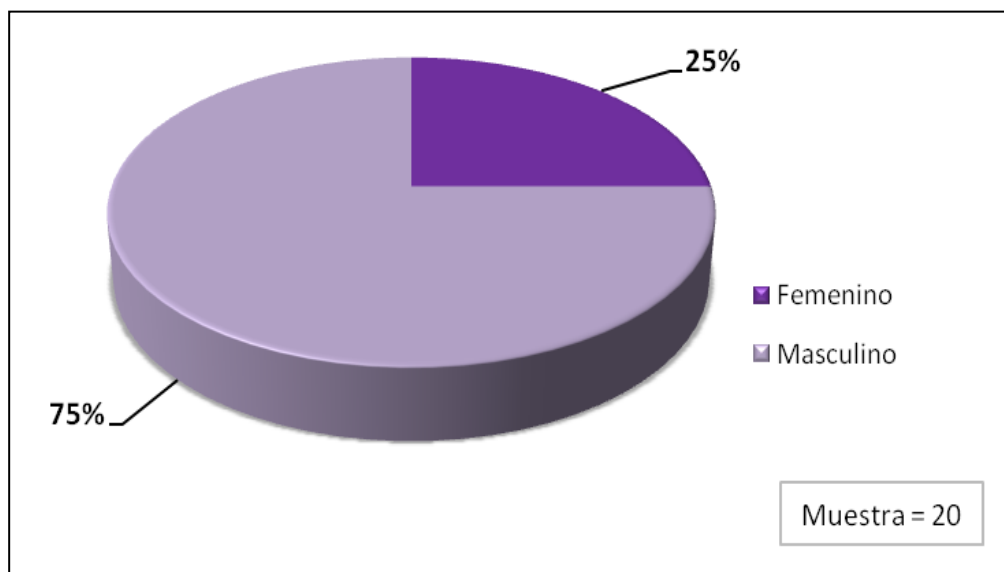
Es importante aclarar que a los participantes se les informó que si bien tendrán acceso a los resultados una vez finalizado el estudio, éstos o la calificación arrojada con la aplicación del MUCI 4 no podrán ser usados como documento legal que les permita cambiar el % de pérdida de capacidad laboral que tienen actualmente, sin embargo se les brindó asesoría sobre el proceso a seguir para ser nuevamente valorados dependiendo de los hallazgos encontrados en cada caso.

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

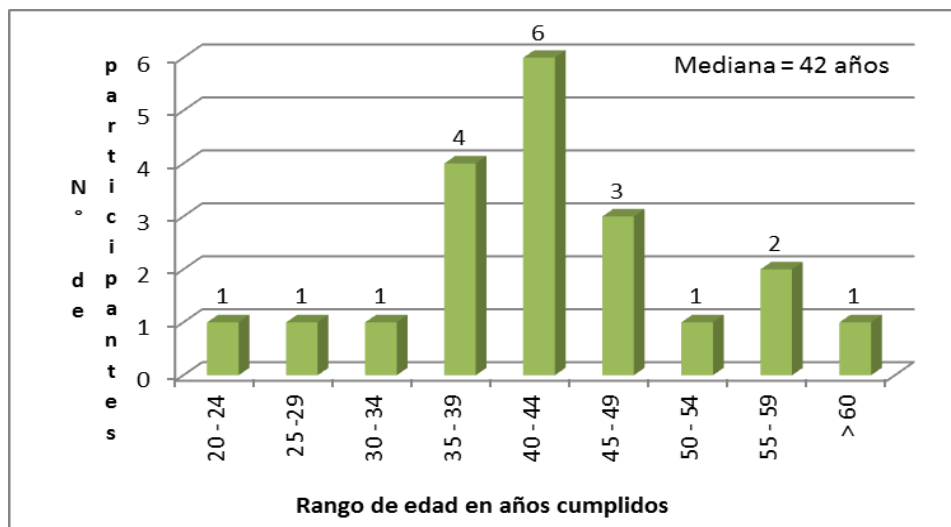
El estudio se desarrolló con una población de 20 pacientes del suroccidente colombiano, con edades entre los 20 y 60 años, de ambos sexos, los cuales hacen parte del seguimiento médico laboral de una EPS y quienes ya se les había calificado la pérdida de capacidad laboral y cuya distribución se muestra a continuación:

Gráfica 2. Distribución de la población estudiada por género



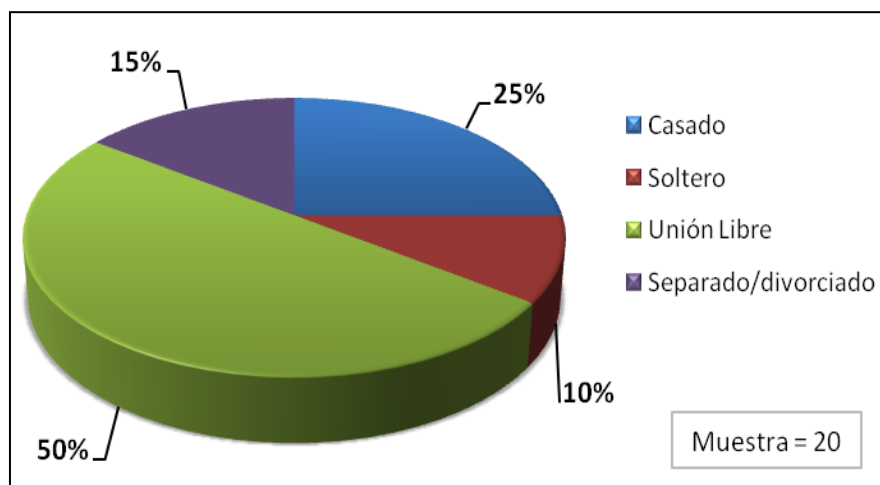
La gráfica 2 nos muestra el predominio del género masculino en la población a estudio.

Gráfica 3. Distribución de la población estudiada por rangos de edad



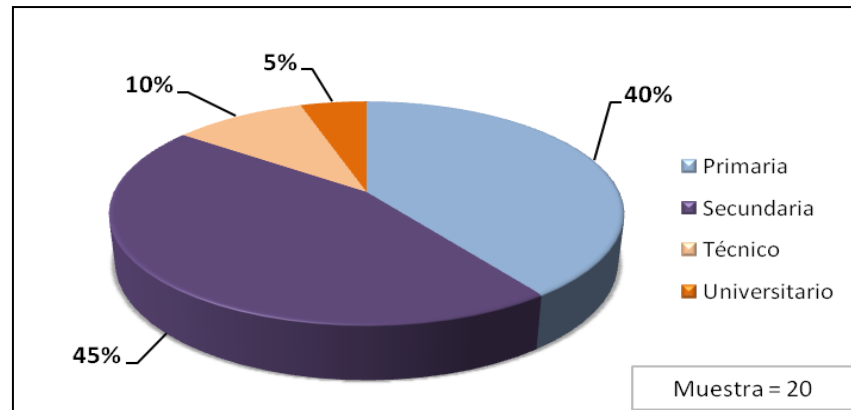
Gráfica 3. La tendencia de edad se presenta entre los 35 – 49 años, con una mediana de la población estudiada de 42 años.

Gráfica 4. Distribución de la población estudiada por estado civil



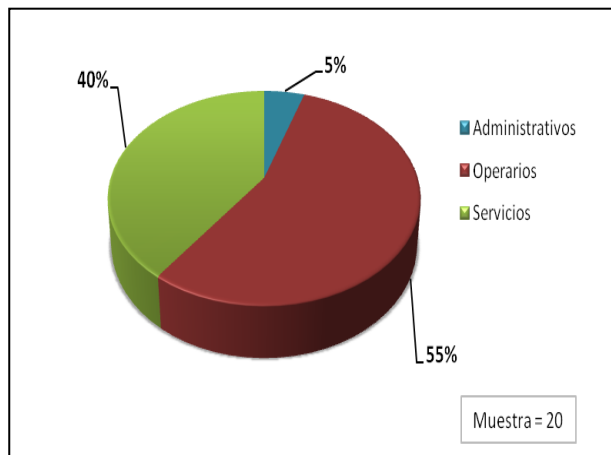
Gráfica 4. El 75% de la población tiene conformado un hogar. Tres de los participantes están separados.

Gráfica 5. Distribución de la población estudiada por el grado de escolaridad



Gráfica 5. La mayoría de los participantes tiene formación educativa básica y solo un 15% cuenta con formación técnica o profesional.

Gráfica 6. Distribución de la población estudiada por el oficio desempeñado



Administrativos: tienen tareas con mayor carga mental que física.

Operarios: tienen mayor carga física, tales como corteros, operarios de máquinas, mecánicos, etc.

Servicios: tienen ambos componentes, siendo la carga física más baja que en los operarios, tales como guardas de seguridad, estilista, telefonistas, etc.

Gráfica 6. El 95% de la población ocupan cargos de servicios y operarios.

Durante la anamnesis (entrevista médica) se encontró información, que dado a que no apunta a los objetivos de este estudio, no fueron registrados como variables ni analizados a profundidad, sin embargo estos hallazgos se

consideraron interesantes para futuras investigaciones con enfoque psicosocial se encontró lo siguiente:

- 19 participantes tenían hijos y referían dificultades en la relación filial sobretodo con los hijos en edad escolar.
- La población de participantes que tenían un hogar conformado, referían problemas en la relación de pareja a raíz de la situación de salud y socioeconómica a la cual se enfrentaban.

6.2 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados expuestos a continuación se refieren específicamente a lo sucedido en el espacio y tiempo en el que se realizó el estudio, con la muestra establecida. Los resultados de este estudio no pueden extrapolarse directamente a otros ámbitos geográficos o poblacionales, aunque sí son orientativos de lo que sucede en otros lugares del país, ya que los patrones de enfermar y las condiciones laborales son relativamente similares en toda Colombia.

Para un mejor análisis los diagnósticos fueron distribuidos en tres grupos encontrando los siguientes hallazgos (Tabla 6):

- En 12 casos (60%) se identificaron trastornos depresivos, como factor común en la calificación de la deficiencia. Durante la anamnesis se evidenció que solo un caso presentaba diagnóstico y manejo previo a la condición por la cual fue calificado y todos tenían tratamiento farmacológico y no de intervención psicoterapéutica.
- 14 casos (70%) presentaron patologías osteomusculares, de predominio traumático.
- 6 casos (30%) presentaron otro tipo de enfermedades que incluyen: enfermedades reumatológicas, cardiovasculares, cáncer, entre otras.

Tabla 6. Distribución por grupos de diagnósticos

Diagnósticos	Casos	Porcentaje
Trastorno depresivo	12	60
Enfermedades osteomusculares	14	70
Otras enfermedades	6	30

Al realizar la actualización de la PCL con el MUCI vigente, se encontró que el 55% de los participantes no fueron calificados de forma integral, omitiendo diagnósticos – la mayoría enfermedades mentales (como trastornos depresivos) - y se observó que al incluirlos, 6 pacientes (30%) aumentaron su PCL sin cambiar su clasificación de incapacidad permanente parcial (IPP), y algunos llegaron al 50% o más (4 casos, 20%) cambiando su clasificación a incapacidad permanente total (IPT), lo cual les otorga derecho a pensión, ésta misma proporción se mantiene al ser calificados con el MUCI 4. Un solo caso (5%) disminuyó la PCL aún con la inclusión de diagnósticos. (Tabla 7)

Tabla 7. Diagnósticos no incluidos en la calificación de la PCL

Diagnósticos no incluidos	Clasificación	Casos	Porcentaje
Aumento de la Calificación	IPP	6	30
Aumento de la Calificación con PCL \geq 50%	IPT	4	20
Disminución de la Calificación	IPP	1	5
Total		11	55

Al 70% de los participantes (14 casos) se les encontraron nuevas patologías que al momento de la calificación inicial no los presentaban, pero que al actualizar dicha calificación o al aplicar el MUCI 4, se incluyeron, evidenciando que: 7 casos (35%) aumentaron la calificación de la PCL sin cambiar la clasificación de incapacidad permanente parcial (IPP), 4 casos (20%) aumentaron la calificación de la PCL por encima del 50% cambiando la clasificación a incapacidad permanente total (IPT) y 3 casos (15%) disminuyeron la calificación de la PCL manteniéndose en la clasificación de incapacidad permanente parcial. (Tabla 8)

Tabla 8. Diagnósticos nuevos para la calificación de la PCL

Diagnósticos nuevos	Clasificación	Casos	Porcentaje
Aumento de la Calificación	IPP	7	35
Aumento de la Calificación con PCL \geq 50%	IPT	4	20
Disminución de la Calificación	IPP	3	15
Total		14	70

Al evaluar las variaciones de la PCL con los diferentes manuales se encontraron los siguientes hallazgos (Tabla 9):

- Al actualizar la PCL con el MUCI vigente, se presentaron 7 casos (35%) con disminución del porcentaje de la PCL, 7 casos (35%) con aumento del porcentaje de la PCL sin cambiar la clasificación de incapacidad permanente parcial, y 6 casos (30%) con aumento \geq 50% y con cambio en la clasificación a incapacidad permanente total.
- Al calcular la PCL con el MUCI 4, se presentaron 8 casos (40%) con disminución del porcentaje de la PCL, 2 casos (10%) con aumento del porcentaje de la PCL sin cambiar la clasificación de incapacidad

permanente parcial, y 4 casos (20%) con aumento $\geq 50\%$ y con cambio en la clasificación a incapacidad permanente total. Vale la pena aclarar mencionar que los 6 casos que aumentaron la PCL a más del 50% con la actualización del MUCI vigente continuaron manteniéndose por encima del 50% con el MUCI 4.

Tabla 9. Variación de la %PCL con los manuales

Manual	Variación de la PCL	Clasificación	Casos	Porcentaje
MUCI vigente inicial vs MUCI vigente Actual	Disminución del %	IPP	7	35
	Aumento del %	IPP	7	35
	Aumento $\geq 50\%$	IPT	6	30
MUCI vigente Actual vs MUCI 4	Disminución del %	IPP	8	40
	Aumento del %	IPP	2	10
	Aumento $\geq 50\%$	IPT	4	20
		IPT con MUCI vigente*	6	30

*IPT con la actualización del MUCI vigente y que se mantiene por encima del 50% en el MUCI 4.- VER base de variables.

El 70% (#14) de los participantes presentaron un periodo de incapacidad mayor a un año, y de éstos, 4 casos tienen más de 1000 días de incapacidad acumulados. (Tabla 10)

Tabla 10. Tiempo de incapacidad

Tiempo de incapacidad	Casos	Porcentaje
Menor o igual a un año	6	30
Mayor de un año	14	70
> 1000 días	4	29

En otros datos, con respecto al tiempo de evaluación de los pacientes al momento de actualizar la calificación de la PCL para el estudio, se encontró que el 60% de los participantes les cambió el %PCL antes de los 18 meses de su primera calificación.

En la revisión inicial de datos (muestra de 48 trabajadores, gráfica 1) se encontró que el 19% de la población fue recalificada obteniendo una $PCL \geq 50\%$ pasando de IPP a IPT.

6.3 ANÁLISIS DE CASOS ESPECÍFICOS

Si bien es cierto los resultados globales y estadísticos nos dan una visión general de las variaciones, fortalezas y debilidades de los baremos, es importante mencionar algunos casos puntuales en los que se observaron variaciones significativas, que ameritan la descripción individual de cada uno, analizando en los diferentes aspectos evaluados cuales fueron los generadores de estas modificaciones en los resultados.

A continuación se especifican los casos en los cuales aumentó el porcentaje de la PCL por encima del 50% tanto en la actualización del MUCI vigente como con la

aplicación del MUCI 4. En la tabla 11 se especifican las modificaciones de los porcentajes de la PCL, la deficiencia, discapacidad y la minusvalía para el MUCI vigente y la deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación para el MUCI 4; los cambios significativos resultantes se resaltan en negrilla:

Tabla 11. Casos con PCL \geq 50% aplicando los manuales

Casos	MUCI vigente inicial		MUCI vigente actualizado		MUCI 4	
1	PCL	42,34%	PCL	52,69%	PCL	56,41%
	Deficiencia	22,74%	Deficiencia	27,69%	Deficiencia	27,31%
	Discapacidad	5,10%	Discapacidad	6,00%	LA*	7,10%
	Minusvalía	14,50%	Minusvalía	19,00%	RP**	22,00%
2	PCL	46,70%	PCL	53,47%	PCL	59,75%
	Deficiencia	23,00%	Deficiencia	28,57%	Deficiencia	31,05%
	Discapacidad	6,20%	Discapacidad	6,90%	LA*	5,70%
	Minusvalía	17,50%	Minusvalía	18,00%	RP**	23,00%
3	PCL	44,20%	PCL	55,57%	PCL	71,25%
	Deficiencia	20,00%	Deficiencia	28,07%	Deficiencia	33,95%
	Discapacidad	6,20%	Discapacidad	7,00%	LA*	9,30%
	Minusvalía	18,00%	Minusvalía	20,50%	RP**	28,00%
4	PCL	40,09%	PCL	47,56%	PCL	70,00%
	Deficiencia	18,59%	Deficiencia	25,46%	Deficiencia	42,40%
	Discapacidad	6,00%	Discapacidad	6,60%	LA*	4,6%
	Minusvalía	15,50%	Minusvalía	15,50%	RP**	23,00%
5	PCL	42,25%	PCL	46,24%	PCL	50,18%
	Deficiencia	18,00%	Deficiencia	25,04%	Deficiencia	26,98%
	Discapacidad	7,00%	Discapacidad	5,70%	LA*	4,70%
	Minusvalía	17,25%	Minusvalía	15,50%	RP**	18,50%
6	PCL	42,90%	PCL	44,05%	PCL	60,18%
	Deficiencia	19,30%	Deficiencia	19,30%	Deficiencia	29,98%
	Discapacidad	6,60%	Discapacidad	6,50%	LA*	6,20%
	Minusvalía	17,00%	Minusvalía	18,25%	RP**	24,00%
9	PCL	45,61%	PCL	45,82%	PCL	56,10%
	Deficiencia	25,16%	Deficiencia	29,67%	Deficiencia	30,50%
	Discapacidad	4,70%	Discapacidad	2,90%	LA*	2,60%
	Minusvalía	15,75%	Minusvalía	13,25%	RP**	23,00%
13	PCL	42,39%	PCL	59,35%	PCL	60,90%
	Deficiencia	20,04%	Deficiencia	33,00%	Deficiencia	25,00%
	Discapacidad	4,60%	Discapacidad	6,10%	LA*	6,90%
	Minusvalía	17,75%	Minusvalía	20,25%	RP**	29,00%

14	PCL	42,26%	PCL	57,78%	PCL	61,80%
	Deficiencia	23,81%	Deficiencia	33,43%	Deficiencia	25,00%
	Discapacidad	4,20%	Discapacidad	5,10%	LA*	8,80%
	Minusvalía	14,25%	Minusvalía	19,25%	RP**	28,00%
20	PCL	43,49%	PCL	56,04%	PCL	57,06%
	Deficiencia	24,94%	Deficiencia	37,29%	Deficiencia	32,06%
	Discapacidad	5,80%	Discapacidad	4,00%	LA*	2,00%
	Minusvalía	12,75%	Minusvalía	14,75%	RP**	23,00%

* LA = Limitación en la actividad

**RP = Restricción en la participación

Caso 1

Resumen del caso: paciente de 42 años con lesión axonal parcial del nervio ilioinguinal derecho secundario a ooforectomía y liberación de adherencias, que posteriormente hizo síndrome doloroso regional complejo y trastorno depresivo, actualmente en tratamiento psiquiátrico. Con 957 días de incapacidad. El paciente no se ha podido reintegrar al trabajo.

En la deficiencia: el MUCI 4 evaluó el SDRG, esto hizo una pequeña variación en la calificación de la deficiencia, además aumentó el valor del porcentaje del trastorno depresivo y de la enfermedad varicosa tanto en la actualización del MUCI vigente como en el MUCI 4. En la discapacidad: al actualizar el MUCI vigente se presentó aumento en los resultados de la locomoción y disposición del cuerpo, y con el MUCI 4 se encontró limitaciones en la vida doméstica, movilidad y cuidado personal, estas dos últimas muy similares a las afectadas en el MUCI vigente. En la minusvalía: la variación de la actualización con el MUCI vigente estuvo específicamente en el porcentaje dado al rol laboral y autosuficiencia económica, al igual que con el MUCI 4, puesto que su desempeño laboral y su situación económica se afectaron marcadamente por la imposibilidad de reintegrarse al trabajo por motivos tales como: 1) empeoramiento de la sintomatología dolorosa del paciente y 2) un débil programa de reintegro laboral de la empresa.

Caso 2

Resumen del caso: paciente de 41 años con fractura múltiple de miembros inferiores secundario accidente de tránsito y trastorno depresivo en tratamiento psiquiátrico; con 1094 días de incapacidad, reintegro efectivo en área que no amerita esfuerzos físicos aunque persiste muy sintomático.

En la deficiencia: con respecto a la actualización del MUCI vigente aumentó el porcentaje de calificación de la enfermedad mental y además no se había incluido la evaluación de una fractura mal consolidada que estaba presente al momento de la calificación de la PCL inicial; con respecto al MUCI 4 el valor de la evaluación de la enfermedad mental aumentó marcadamente, dado por el tiempo de presencia y persistencia de los síntomas depresivos. En la discapacidad: no se observó cambios significativos en ninguno de los manuales que ameriten discusión. En la minusvalía: al actualizar el MUCI vigente no se encontró cambios significativos, sin embargo en el MUCI 4 el cambio se presentó en el rol ocupacional, aumentando en 10% la calificación.

Caso 3

Resumen del caso: paciente de 49 años con secuelas de hemilaminectomía, lesión vesical-detrusor, trastorno de ansiedad y depresión con alucinaciones en tratamiento psiquiátrico; con 1013 días de incapacidad, reintegro laboral fallido en julio de 2012 por estar muy sintomático.

En la deficiencia: al actualizar el caso con el MUCI vigente se encontró variación en el valor de la calificación de la enfermedad mental y además no se había incluido en la valoración inicial (MUCI inicial) una limitación en la movilidad de la columna cervical secundario a la patología osteomuscular crónica dolorosa de columna; con el MUCI 4 la enfermedad mental adquirió un valor muy alto (50%)

puesto que el paciente presenta síntomas psicóticos permanentes. Para este caso específico el paciente tenía la patología mental de base pero empeoró debido a la situación laboral y socioeconómica como consecuencia del proceso de salud por el cual fue calificado. En la discapacidad: la actualización con el MUCI vigente no varía con respecto a la inicial, sin embargo las diferencias se observaron con la calificación del MUCI 4 en la evaluación de los ítems del cuidado personal y vida doméstica. En la minusvalía: en el MUCI actualizado aumentó levemente el porcentaje dado al rol laboral, lo que en el MUCI 4 aumentó marcadamente, en un 12,5% más con respecto al MUCI vigente. El aumento con el MUCI 4 respecto al 917 actualizado se debió a un aumento notable (10%) de la calificación de deficiencia y del rol ocupacional y otras aéreas, por el cuadro depresivo y psicosis.

Caso 4

Resumen del caso: paciente de 45 años con amputación traumática de pierna izquierda, lumbago y estrés postraumático en tratamiento psiquiátrico, se encuentra con sintomatología dolorosa por prótesis mal adaptada; con 543 días de incapacidad y está reintegrado al trabajo.

En la deficiencia: en la actualización con el MUCI vigente aumentó el valor del porcentaje de la patología mental y adicionalmente se evaluó un diagnóstico nuevo (hipertensión), enfermedad que no estaba presente al momento de la calificación inicial; en el MUCI 4 la diferencia que se evidenció fue en el valor de la calificación de la amputación del miembro inferior izquierdo (80%), puesto que este manual no evalúa el uso de la prótesis, por tanto dio un porcentaje muy alto en la deficiencia (42,40%), a diferencia del Decreto 917/99 que evalúa la prótesis con el inconveniente que no tiene en cuenta si la prótesis es adecuada, funcional y adaptada a la persona. En la discapacidad: no hubo variaciones con respecto a la actualización del MUCI vigente y MUCI 4. En la minusvalía: no hubo

variaciones con respecto a la actualización del MUCI vigente; con el MUCI 4 la variación estuvo en la calificación del rol laboral, aumentando un 12,5% con respecto al MUCI vigente.

Caso 5

Resumen del caso: paciente de 40 años con fractura mal consolidada de cadera izquierda, y fractura de tibia derecha con restricción del movimiento de rodilla ipsilateral, trastorno depresivo en tratamiento psiquiátrico, con 1019 días de incapacidad, reintegro no efectivo, muy sintomático, debe ser reintegrado según concepto de ortopedia.

En la deficiencia: hubo un aumento con la actualización del Decreto 917/99, al incluir diagnósticos nuevos que aparecieron en la evolución de la patología; con respecto al MUCI 4 el aumento del valor fue dado a la enfermedad mental y se tuvo en cuenta el acortamiento de la extremidad secundaria a las complicaciones de la consolidación de la fractura. En la discapacidad: no hubo cambios significativos en la actualización con los manuales aplicados. En la minusvalía: en la actualización con el MUCI vigente no hubo cambios importantes, sin embargo, con respecto al MUCI 4 se evidenció el aumento en la calificación por la valoración del rol laboral y la autosuficiencia económica, esta última afectada por las condiciones secundarias al proceso de la enfermedad.

Caso 6

Resumen del caso: paciente de 51 años con secuelas de quemadura en mano derecha en la infancia y dolor lumbar crónico pos laminectomía; con 393 días de incapacidad, el reintegro laboral no fue efectivo, se encontraba muy sintomático y con férula que limitaba el uso de la extremidad.

En la deficiencia: con respecto a la actualización del MUCI vigente no hubo cambios en la calificación; con el MUCI 4 todos los diagnósticos evaluados en la deficiencia aumentaron el valor del porcentaje con mayor impacto en la evaluación de las secuelas de la quemadura en la mano derecha (mano dominante). En la discapacidad: no hay cambios significativos entre los dos manuales. En la minusvalía: el aumento con el MUCI 4 estuvo a expensas del valor dado al rol ocupacional.

Caso 9

Resumen del caso: paciente de 34 años con gastrectomía total con anastomosis esófago-entérica secundario a un cáncer gástrico el cual fue descartado en el resultado de la biopsia obtenida en el procedimiento, y trastorno depresivo en tratamiento psiquiátrico, con 540 días de incapacidad, reintegro laboral no efectivo, y en la actualidad con secuelas de la cirugía gástrica.

En la deficiencia: con el MUCI vigente no hubo cambios en su actualización, con respecto al MUCI 4 la enfermedad mental fue la que generó el mayor cambio en el porcentaje, dado por el compromiso de su estado emocional que resultó del error en el diagnóstico de cáncer gástrico, además de afectarlo también las alteraciones funcionales que sufrió después del procedimiento quirúrgico. En la discapacidad: no hubo modificaciones con la aplicación de los manuales. En la minusvalía: no hubo variaciones con la actualización del MUCI vigente pero con el MUCI 4 las variaciones se presentaron a expensas del rol laboral y de la autosuficiencia económica.

Caso 13

Resumen del caso: paciente de 56 años con síndrome doloroso crónico de columna con signos de radiculopatía, manejado quirúrgicamente sin mejoría y

con pobre pronóstico por parte de neurocirugía; con 1739 días de incapacidad y reintegro laboral no efectivo.

En la deficiencia: el aumento en la calificación de este ítem en la actualización del MUCI vigente estuvo en el compromiso de la esfera mental, igualmente visto en el MUCI 4, en este último también subió el valor de la patología osteomuscular. En la discapacidad: en la actualización del MUCI vigente hubo un cambio en el valor dado en los ítems de locomoción y disposición del cuerpo, y con el MUCI 4 los cambios se presentaron en la evaluación de la movilidad y la vida doméstica. En la minusvalía: en este punto fue donde se generaron los cambios más significativos en función del rol laboral para los dos manuales aplicados.

Caso 14

Resumen del caso: paciente de 35 años quien después de un accidente de laboral presentó discopatía lumbar con compromiso neurológico crónico, además de depresión grave con síntomas psicóticos manejado por psiquiatría médicamente; con 342 días de incapacidad acumulados, sin un reintegro laboral efectivo.

En la deficiencia: los cambios que se evidenciaron fueron en la calificación de la enfermedad mental tanto en la actualización con el MUCI vigente como con el MUCI 4. En la discapacidad: no se evidenciaron grandes cambios que impactaran el porcentaje de calificación. En la minusvalía: en la actualización con el MUCI vigente, el valor de la calificación aumentó a expensas del aumento en el rol laboral y en la integración social, con respecto al MUCI 4 estuvo a expensas del rol laboral.

Caso 20

Resumen del caso: paciente de 26 años con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico con compromiso renal y venoso, y trastorno depresivo secundario a su condición de salud. Con 301 días de incapacidad y sin poder tener un reintegro laboral.

En la deficiencia: al actualizar el MUCI vigente se encontró que no evaluaron el trastorno mental que había al momento de la calificación inicial, y que al haberse tenido en cuenta en la aplicación de los manuales se afecta evidentemente la deficiencia. En la discapacidad: no hubo cambios significativos en ninguno de los manuales aplicados. En la minusvalía: las variaciones en los dos manuales se presentaron en los ítems de la evaluación del rol laboral y autosuficiencia económica.

A continuación se especifican los casos en los cuales disminuyó el porcentaje de la PCL marcadamente, tanto en la actualización del MUCI vigente como con la aplicación del MUCI 4. En la tabla 12 se especifican las modificaciones de los porcentajes de la PCL, la deficiencia, discapacidad y la minusvalía para el MUCI vigente y la deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación para el MUCI 4; los cambios significativos resultantes se resaltan en negrilla:

Tabla 12. Casos específicos que disminuyeron la PCL con la aplicación de los manuales

Casos	MUCI vigente inicial		MUCI vigente actualizado		MUCI 4	
7	PCL	40,31%	PCL	32,15%	PCL	17,10%
	Deficiencia	19,81%	Deficiencia	21,75%	Deficiencia	14,00%
	Discapacidad	6,00%	Discapacidad	2,40%	LA*	0,10%
	Minusvalía	14,50%	Minusvalía	8,00%	RP**	3,00%

8	PCL	40,90%	PCL	41,10%	PCL	26,81%
	Deficiencia	20,00%	Deficiencia	20,00%	Deficiencia	7,11%
	Discapacidad	6,40%	Discapacidad	6,60%	LA*	1,70%
	Minusvalía	14,50%	Minusvalía	14,50%	RP**	8,00%
15	PCL	40,99%	PCL	26,54%	PCL	20,30%
	Deficiencia	24,99%	Deficiencia	13,44%	Deficiencia	6,20%
	Discapacidad	4,50%	Discapacidad	4,10%	LA*	1,10%
	Minusvalía	11,50%	Minusvalía	9,00%	RP**	13,00%

* LA = Limitación en la actividad. ** RP = Restricción en la participación

Caso 7

Resumen del caso: paciente de 42 años con dermatomiositis, síndrome de CREST (calcinosis, fenómeno de reynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia y teleangiectasias), trastorno depresivo, con 274 días de incapacidad, quien fue calificada en periodo agudo de la enfermedad, con reintegro efectivo pero con cambio de trabajo y de empresa.

Presentó disminución de la discapacidad y minusvalía en la actualización del Decreto 917/99 y disminución de la valoración del rol laboral y otras áreas ocupacionales, debido a que actualmente está prácticamente sin síntomas y con secuelas leves, de hecho labora sin restricciones. Con este caso podemos observar varios fenómenos: el primero que el paciente fue calificado durante un periodo crítico de su enfermedad, lo cual va en contra de las recomendaciones del manual, aun así, no alcanza el porcentaje requerido para la pensión. Por otro lado al actualizar el Decreto 917 la PCL disminuye debido a la remisión de los síntomas de la enfermedad, lo cual es mucho más notorio al aplicar el MUCI 4, pasando de 32,15 a 17,1%.

Caso 8

Resumen del caso: paciente de 45 años con fractura múltiple de mímbró inferior izquierdo, con 922 días de incapacidad, reintegro efectivo, mejoría en su cuadro de salud.

Al actualizar el MUCI vigente no se evidenciaron cambios significativos sin embargo al aplicar el MUCI 4 el porcentaje final de la PCL disminuyó notoriamente, condicionado específicamente en la evaluación de las deficiencias, donde la lesión se había delimitado al compromiso de una sola articulación y no de toda la extremidad, además del control del dolor. Siendo este último resultado mucho más acorde con la funcionalidad del paciente, evidenciado en la entrevista y valoración médica por las investigadoras.

Caso 15

Resumen del caso: paciente de 57 años que por accidente de tránsito presentó fractura del pilón tibial izquierdo y radio derecho, con manejo quirúrgico, generando secuelas de movilidad en el miembro inferior izquierdo, adicionalmente presentaba una hipoacusia neurosensorial. Con incapacidad de 458 días y actualmente está reintegrado laboralmente de manera efectiva.

En este caso los cambios se presentaron en la evaluación de la deficiencia. Al actualizar el MUCI vigente y aplicar el MUCI 4, el paciente no presentaba patologías que fueron evaluadas en la calificación inicial de la PCL, tales como una eventración.

6.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A las variables seleccionadas nombradas abajo, se les aplicó la prueba de Normalidad que consiste en verificar que esas variables tengan un comportamiento similar al de la distribución Normal. (Anexo E, punto 1)

- **%PCL MUCI actual:** Pérdida de capacidad laboral actualizada con el Decreto 917, medida en porcentaje.
- **DEF MUCI actual:** Calificación de la deficiencia actualizada con el Decreto 917, medida en porcentaje.
- **D-M MUCI actual:** Calificación de la discapacidad-minusvalía actualizada con el Decreto 917, medida en porcentaje.
- **%PCL MUCI 4:** Pérdida de capacidad laboral con el nuevo manual único de calificación de invalidez, MUCI 4 medida en porcentaje.
- **DEF MUCI 4:** Calificación de la deficiencia con el MUCI 4 medida en porcentaje medida en porcentaje
- **LA-RP MUCI 4:** Calificación de la limitación en la actividad y restricción en la participación con el MUCI 4 medida en porcentaje.

La hipótesis nula de la prueba es:

H_0 : la variable analizada proviene de una distribución de probabilidad Normal.

Se utilizó el estadístico de Anderson-Darling provisto por el software Minitab para probar la hipótesis en cada variable, a continuación se relacionan los valores-p encontrados en las pruebas aplicadas:

- **%PCL MUCI actual.....valor-p:** 0,679
- **DEF MUCI actual.....valor-p:** 0,714

- **D-M MUCI actual**.....valor-p: 0,367
- **%PCL MUCI 4**.....valor-p: 0,341
- **DEF MUCI 4**.....valor-p: 0,030
- **LA-RP MUCI 4**.....valor-p: 0,389

Recuérdese que se rechaza la hipótesis nula si el valor-p $< \alpha$

Como se puede ver en los resultados y en el anexo E punto 1, para el valor-p hallado, solamente la variable DEF-MUCI 4 no sigue un comportamiento de distribución normal para un α mayor o igual a 0,03.

El interés de evaluar este comportamiento es poder comparar las variables %PCL MUCI actual con %PCL MUCI 4, DEF MUCI actual con DEF MUCI 4 y D-M MUCI actual con LA-RP MUCI 4 con pruebas estadísticas paramétricas. Los resultados muestran que solo se podrán aplicar pruebas paramétricas a las comparaciones de %PCL MUCI actual con %PCL MUCI 4 y de D-M MUCI actual con LA-RP MUCI 4. La comparación de las variables DEF MUCI actual con DEF MUCI 4, deberá hacerse con una prueba estadística no paramétrica.

Después de establecer las pruebas de normalidad, se procedió a efectuar la comparación entre las variables %PCL MUCI actual con %PCL MUCI 4, bajo la hipótesis nula que la calificación no varía al cambiar el instrumento, del actual al nuevo que entrará en vigencia. Se utilizó la prueba paramétrica de comparación de medias con muestras relacionadas, dado que la calificación con el instrumento actual y el nuevo, se efectuó sobre los mismos individuos.

La hipótesis nula muestra:

H_0 : no hay un cambio significativo al cambiar la calificación de un instrumento a otro.

El valor-p obtenido para esta prueba fue de: 0,158, lo que indica que no hay cambios significativos al calificar con uno u otro instrumento. (Anexo E punto 2).

Se comparó también la variable D-M MUCI actual con la variable LA-RP MUCI 4 por considerarse similares en los aspectos que evalúan, bajo la hipótesis nula de que la calificación no varía al cambiar el instrumento, del actual al que entrará en vigencia. Utilizando el mismo tipo de prueba anterior, se obtuvo lo siguiente:

H0: las dos variables obtienen puntajes iguales al ser evaluadas.

El valor-p obtenido para esta prueba fue de: 0,0 lo que indica que las dos variables sí muestran una diferencia en la calificación que otorgan, siendo mayor la calificación de la variable LA-RP MUCI 4.

La siguiente comparación no paramétrica entre las variables DEF MUCI actual y DEF MUCI 4, se efectuó en el software SPSS, debido a que el Minitab no tiene la prueba adecuada para este caso.

En la aplicación de la prueba se encontró lo siguiente:

H₀: las dos variables califican igual (tienen la misma distribución)

El valor-p obtenido en esta prueba fue de: 0,0 lo que indica que las dos variables también muestran una diferencia, calificando con mayor puntaje, la variable que tiene mayor mediana, que en este caso es la variable DEF MUCI 4. (Anexo E punto 3).

A consecuencia de los dos últimos resultados en las pruebas de hipótesis aplicadas, se decidió evaluar la concordancia entre las calificaciones con las variables %PCL MUCI actual y %PCL MUCI 4, para examinar si las diferencias que muestran las pruebas anteriores se deben a una calificación muy diferente en

las variables de interés de los instrumentos aplicados, o solamente a casos fortuitos. La prueba aplicada exigió reclasificar las calificaciones de ambas variables como cero si la calificación final de la variable fue menor que 50 y como uno si la calificación de la variable fue mayor o igual que 50. La prueba arroja un índice de concordancia Kappa de 0,6 que indica un nivel de concordancia moderado entre la calificación que otorgan los dos tipos de instrumentos (Ver salidas del software Minitab). La prueba también se aplicó en el software SPSS, arrojando el mismo resultado. (Anexo E punto 4).

Los resultados estadísticos mostraron que los porcentajes finales de la PCL en la población estudiada no tuvieron variaciones estadísticamente significativas, pero al analizar separadamente los aspectos evaluados - Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía para el Decreto 917/99, y Deficiencia, Limitación en la actividad y Restricción en la participación para el MUCI 4 - si hay diferencias estadísticamente significativas entre el MUCI vigente y el MUCI 4, evidenciándose que el MUCI 4 aumenta el valor de la calificación de la Deficiencia (DEF) y de la Limitación en la actividad y Restricción en la participación (LA – RP).

Al evaluar y analizar en el documento las modificaciones en el contexto psicosocial, referenciadas en la segunda parte del MUCI 4: la valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales, no se encuentran grandes diferencias en los campos evaluados con respecto a lo que se viene haciendo con el MUCI vigente; la mayor diferencia está en el porcentaje que se obtiene en el ítem de “Restricción en el rol laboral”, que en el MUCI vigente llega hasta 15% y en el MUCI 4 la calificación máxima es 25%; todos estos cambios son evidenciados en la descripción individual de casos específicos en el resultado 6.3. (Tabla 10)

Adicionalmente se encontró que para la calificación de las deficiencias también se tienen en cuenta las pruebas diagnósticas que complementan el cuadro clínico y

el pronóstico en los procesos de estas enfermedades crónicas. Así mismo se califica la adherencia a los diferentes tratamientos y la interferencia de éstos en la vida diaria, con referencia a la cantidad de medicamentos que debe tomar o aplicarse al día, o a los procedimientos a los cuales debe someterse como parte del tratamiento y recuperación de la enfermedad. Tiene en cuenta las secuelas de la enfermedad y la restricción en su funcionalidad, facilitando al calificador evaluar de manera más integral al paciente su compromiso de la salud y la relación que tiene con el contexto psicosocial en el cual se desarrolla, en otras palabras, tiene una visión integral del ser y los estados funcionales asociados con la salud.

En cuanto a los ítems que no presentaron modificaciones en la evaluación con el MUCI 4 como fue el capítulo de Valoración del Rol de Otras Áreas Ocupacionales (que para el MUCI vigente es la valoración de Discapacidad), específicamente movilidad, cuidado personal y vida doméstica, aún se sigue dejando conceptos muy amplios y generales a decisión del calificador, como por ejemplo, no hay una evaluación detallada de la utilización del transporte (ya sea particular y/o público) y de las dificultades para disponer de su servicio en costos y accesibilidad; evalúan la oportunidad de adquirir bienes y vivienda pero no se evalúa específicamente si la vivienda actual es propia o familiar o arrendada; en la movilidad evalúan en conjunto si la persona puede caminar, correr y saltar en un mismo ítem, generando dificultades para el calificador definir si hay o no limitación.

7. CONCLUSIONES

- Con los resultados estadísticos obtenidos se podría decir que el MUCI 4 cumplió su objetivo al pretender incluir una mejor evaluación del contexto psicosocial tal como es recomendado en la CIF, en su mayor parte dependiendo de la evaluación del rol ocupacional; vale la pena aclarar que estas recomendaciones por ser un referente internacional han sido aplicadas en países con condiciones socioeconómicas y laborales diferentes, siendo necesario ajustarlo a nuestro país.
- Las modificaciones en la evaluación de la deficiencia, basado en la metodología propuesta en la versión 6 de “Las Guías de Valoración del Daño Permanente” de la AMA, permiten una calificación más objetiva por parte del calificador y el porcentaje se ajusta más a la capacidad funcional del trabajador, disminuyendo la subjetividad al momento de calificarlo, mejorando la calificación de pérdida de capacidad laboral, sin embargo esta mejoría está basada en la evaluación de la deficiencia y no del contexto, sin negar que éste último mejoro también sobre todo en la evaluación del rol ocupacional.
- Los datos obtenidos durante la entrevista médica y la caracterización de la población, arrojaron datos referentes a la realidad social, los cuales no hacen parte de los objetivos del estudio, pero se mencionan a continuación como dato interesante y abre la puerta para nuevas investigaciones en el campo psicosocial:

La distribución por edad (Gráfica 3) sugiere que la población estudiada está en edades de mayor productividad laboral y social, con familias en crecimiento, crianza y educación de los hijos, dependiendo económica y

emocionalmente de sus padres, y también con referencia a la consecución de propiedades familiares, como la vivienda, conllevando a una mayor demanda económica.

Correlacionando el nivel de escolaridad (Gráfica 5) y cargos ocupados (Gráfica 6) con respecto al reintegro laboral, podría suponer limitaciones en las competencias y perfiles frente a reubicaciones o cambios de trabajo y de empresa.

Todo esto, hace considerar el hecho de que esta población se ve afectada en diferentes aspectos de su vida: a nivel laboral, social, familiar y personal; afectando los mecanismos de defensa para afrontar dificultades de la vida y la capacidad de adaptación, de resiliencia, frente a situaciones como las que están viviendo actualmente los trabajadores estudiados.

Lo anterior relacionado con el resultado de la tabla 6, evidencia la gran importancia del tratamiento integral con intervención psicoterapéutica

- En la tabla 10 se hace evidente la influencia de la enfermedad en la inasistencia al trabajo, con tiempos prolongados de incapacidad. Este tiempo de ausentismo laboral hace que el plan de reintegro al trabajo sea complejo y aumente la auto-percepción de invalidez por parte el trabajador.
- Las tablas 7, 8 y 9 muestran las variaciones de la enfermedad en el tiempo, que bien pueden ser empeoramiento o mejoría de la misma, o apareciendo incluso nuevos diagnósticos.
- Al analizar el intervalo de tiempo entre los cambios de %PCL al actualizar la misma se podría dar la siguiente interpretación:

- El momento de la calificación fue temprana, es decir, que se estaría calificando y evaluando al paciente sin llegar a tener la mejoría máxima y la estructuración de las secuelas de la enfermedad, y/o
- Inefectividad en la intervención, es decir, tratamientos y seguimientos cortos o interrumpidos o pobre intervención interdisciplinaria sin objetivos claros por parte del equipo médico rehabilitador.

8. DISCUSIÓN

Los resultados estadísticos obtenidos y la evidencia de las diferencias de los dos manuales comparados indican que los cambios principales del MUCI 4 se encuentran en dos ítems específicos:

- Valoración de la deficiencia
- Valoración del rol ocupacional

La modificación de la calificación de la deficiencia está basada en las Guías de evaluación del daño permanente de la Asociación Médica Americana (AMA), la cual especifica la valoración de las patologías enfocando el impacto de la condición y los efectos en los pacientes además de los tipos de tratamientos que pueden interferir en las actividades de la vida diaria.

Esto podrá permitir evaluar de manera objetiva la afectación de una condición de salud en un contexto laboral y ocupacional, como sugiere la OMS con las recomendaciones de la CIF.

La modificación en la valoración del rol ocupacional que está dado en un aumento de los porcentajes provistos a cada punto evaluado, muestra una intención de favorecer la población trabajadora limitada y que tiene restricciones en su participación dentro de un contexto social y laboral específicos de nuestro país. Sin embargo al referenciar estos cambios en la valoración de todo el

contexto, definido por la OMS, no se logra hacer una evaluación integral de todos aquellos factores y condiciones que interfieren positiva o negativamente en el desarrollo social, familiar y laboral de una persona; y que por consiguiente, este MUCI 4 deberá tener a futuro modificaciones que nos acerquen a la realización de un manual que permita la evaluación objetiva del contexto psicosocial.

Con la literatura revisada, no se encontraron estudios similares que permitieran la comparación de los resultados obtenidos en el estudio, siendo esta tesis pionera en cuanto a la valoración de baremos, no como una revisión documental, sino que va más allá, con la aplicación de los mismos a pacientes con patologías, limitaciones y condiciones socio-laborales reales, revelando las fortalezas y oportunidades de mejora de los dos baremos aplicados; con el cual las investigadoras, esperan contribuir en gran medida al desarrollo científico colombiano y al mejoramiento de las garantías del sistema para la comunidad afectada por estos tópicos, ya que actualmente la Universidad Nacional de Colombia lidera el proceso de revisión y actualización del MUCI que entrará en vigencia próximamente.

La situación de estabilidad laboral, económica y familiar después de un proceso de enfermedad crónica y con permanencia de síntomas, como el dolor, es lo que más afecta a esta población de estudio para el concepto y auto-percepción de invalidez, cuando en muchos de los casos no lo están. Adicionalmente hay una ausencia y/o debilidad de intervenciones institucionales que agravan esta condición y percepción de invalidez, a nivel empresarial la visión integral desde la productividad y estabilidad laboral en el manejo del personal con limitaciones, involucrando a las áreas de bienestar, salud ocupacional y gerencia con una política clara en el proceso de reincorporación laboral de estos trabajadores; y a nivel de salud, donde la EPS debería intervenir de manera integral en el proceso de recuperación de los pacientes, dando soporte en diferentes ámbitos: médico

familiar y especializado, rehabilitación física, psicológica, trabajo social y médico laboral, este último no sólo midiendo y estructurando la limitación física y/o mental, sino también determinando el momento adecuado para el retorno al trabajo.

9. RECOMENDACIONES

Posterior a un análisis y discusión de los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de los mismos, surgen las siguientes recomendaciones:

- La utilización del MUCI 4, una vez sea aprobado y publicado, como primer paso en el mejoramiento de la evaluación y calificación de pérdida de capacidad laboral, realizando revisiones periódicas del mismo, con el fin de acercarlo lo más posible a la recomendación de la OMS.
- El capítulo de valoración del Rol de Otras Áreas Ocupacionales, que en el MUCI vigente equivale al capítulo de valoración de Discapacidad, debe ser modificado, permitiendo generar una calificación mucho más objetiva y que se acerque más a la realidad de la situación de discapacidad de la persona afectada.
- Aunque al momento de la calificación se cuenta con el concepto escrito del especialista según la deficiencia, lo ideal sería que se contara no solo con dicho documento sino con la presencia del especialista y además de interconsultores que evalúen a profundidad el contexto psicosocial del trabajador, tales como sociólogos, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros según sea el caso, con el fin de enriquecer la discusión para la asignación del porcentaje de PCL.
- Se recomienda hacer estudios con enfoque psicosocial, que refuercen la necesidad de profundizar en el mejoramiento de la evaluación del contexto psicosocial en la calificación de la PCL de la población trabajadora.

- Se recomienda que el manejo de estos casos sea interdisciplinario, entendiéndose éste, como la interacción entre los diferentes especialistas, según cada caso, y no que se tenga el concepto independiente de cada especialidad.
- Teniendo en cuenta el grado de discapacidad de los pacientes con PCL \geq 40%, se recomienda que éstos sean evaluados periódicamente por lo menos una vez al año por medicina laboral de la EPS, que bajo la responsabilidad social y ética de esta área, busque no solo la actualización del estado de salud sino que se direcciona al paciente a nuevas intervenciones médicas, para mitigar o disminuir la sintomatología crónica, llevándolo a un sano proceso en la aceptación de la enfermedad, más aún porque en muchos de los casos la mejoría médica máxima no significa resolución de la enfermedad.
- Debe haber un manejo psicoterapéutico desde el enfoque de resiliencia, desde la entidad de salud (EPS/ARP), que involucre no solo al paciente y a su familia sino también el entorno laboral.
- Es importante que los entes encargados realicen un mayor control de la aplicación del manual de rehabilitación integral del Ministerio así como del cumplimiento de la normatividad existente en cuanto a la protección y garantías para las personas con discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CÁRDENAS, Adriana Lucía; CARMONA MARÍN, Hernán Darío; CUELLAR HERRERA, Gabriel Jaime y PATIÑO TOBÓN, Rodrigo Andrés. Origen, desarrollo y evolución del baremo colombiano de calificación de pérdida de capacidad laboral. Trabajo de grado Postgrado Gerencia de la Salud Ocupacional. Medellín, Universidad CES. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública, 2007. 25 p.
2. DORMOND HERRERA, Emilio. Historia de la Seguridad Social. Nacional de Salud y Salud Social. San José, 1999. p 4-7.
3. LUNA GARCÍA, Jairo. y TORRES TOVAR, Mauricio. Situación en Colombia. Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo, 2008. [en línea] <http://www.alames.org/documentos/coltra.pdf>. [citado en 27 de enero de 2012]
4. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Código Sustantivo del Trabajo [en línea]. [www.lared.com.co/kitdeherramientas/.../codigolaboral/codigolaboral.... pdf](http://www.lared.com.co/kitdeherramientas/.../codigolaboral/codigolaboral....pdf). . [citado en 13 de enero de 2012]
5. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993. n° 41148.

6. COLOMBIA. MINISTERIO DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Decreto 692 (26, abril, 1995). Por el cual se adopta el Manual Único para la Calificación de Invalidez. Bogotá D.C.: El Ministerio. Diario Oficial No. 41.826. del 28 de abril de 1995
7. COLOMBIA. Decreto Ley 1295 (27, junio, 1994). Por la cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá. Diario Oficial No. 41.405, del 24 de junio de 1994
8. COLOMBIA. Decreto 917 (28, mayo, 1999. Por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995. Bogotá D.C. Diario Oficial No. 43.601, del 9 de junio de 1999
9. COLOMBIA. Decreto 2463 (20, noviembre, 2001). Por la cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez. Bogotá D.C. Diario Oficial No. 44.622, 21 de noviembre de 1999.
10. ARANCÓN VIGUERA, A. Estudio epidemiológico sobre la incapacidad permanente para el trabajo. Medicina general. 2002, vol. 45, p.462 – 470.
11. MARTINEZ, Edna Yiced; PÉREZ MURCIA, Luis Eduardo; MOSQUERA FERNANDEZ, Juan Pablo. Discapacidad y derecho al trabajo Defensoría del Pueblo: Universidad de los Andes, Facultad de Derecho, CIJUS, Ediciones Uniandes. . Bogotá, 2009.
12. HERNANDEZ JARAMILLO, Janeth; HERNANDEZ UMAÑA, Iván. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Bogotá, 2005. En: Revista de Salud Pública, vol. 7, p. 130 – 144.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIDD – 2), versión completa. Ginebra, Suiza, 2001.
14. BUENDÍA VASQUEZ, Santiago. Propuesta para actualizar y modificar el Manual Único de Calificación de Invalidez. Trabajo de grado. Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2011.
15. CANO CARRASCO, María Ángeles y VAZ LEAL, Francisco J. Clasificación de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. [en línea] http://www.uco.es/dptos/educacion/invadiv/documentos/VAZ_LEAL.pdf. [citado el 11 de agosto de 2009].
16. GAITE PINDADO, L.; HERRERA CASTANEDO, S; RAMOS MARTÍN-VEGUE, AJ. y VAZQUEZ-BAQUERO, J.L.. Grupo Cantabria en Discapacidades. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. 2001 [en línea] http://www.sedom.es/3_papeles/10_4/pm-10-4-003.pdf. [citado en 27 de noviembre de 2009].
17. FRÍAS CONTRERAS, Miguel Ángel. La evaluación de la invalidez en México: hacia un nuevo derrotero. México, Enero– Marzo 2006, vol. 7 N° 1. En: Revista de Salud Pública y Nutrición. Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León (Nuevo León, México).
18. Evolución del concepto de Discapacidad de acuerdo a la Clasificación establecida por la OMS. Febrero 2011. [en línea]: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=fi leinfo&id=7084. [citado en 16 de noviembre de 2011]

19. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, Clarifications and Corrections document. [en línea]: <http://www.ama-assn.org/go/amaguidessixthedition-errata>
20. AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th Ed. Joint MAC MILAC Meeting, 2009. [en línea]:
<http://www.cbs.stade.or.us/wcd/rdrs/mac/amaguide6.pdf>
21. COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia. Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, MUCI 4, versión borrador. Bogotá DC, Colombia 2011.
22. Resolución 8430 del 4 de Octubre de 1993. Por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

ANEXOS

ANEXO A. Formato de recolección de datos de historia clínica

Nombre		CC		
Edad		Fecha de nacimiento		
Sexo		Estado civil		
Escolaridad		Teléfono		
Ciudad		Antigüedad en la empresa		
Ocupación		Empresa		
Tipo afiliado		EPS		
ARP		AFP		
Tiempo de incapacidad		Fecha de valoración		Hora
Instancia de calificación				
PCL		Fecha de estructuración		Origen

Resumen clínico médico laboral:

Examen físico de la historia clínica:

Examen físico Actualizado ML:

Evaluación para clínico:

Tratamientos

Diagnósticos Calificación CPCL definitiva	Diagnósticos integrales no incluidos

Nuevos diagnósticos Post-CPCL

ANEXO B. Formato del MUCI vigente para la calificación de la PCL
(Decreto 917/99)

Formato trabajado en Excel

PCL		
A.	Deficiencia	0,00
B.	Discapacidad	0,00
C.	Minusvalía	0,00
Total		0,00

Deficiencia			Capítulo
A			
B			
Total A1		0,00	
C			
Total A2		0,00	
D			
Total		0,00	

Discapacidad												
1.	Conducta	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
												0,00
2.	Comunicación	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
												0,00
3.	Cuidado personal	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
												0,00
4.	Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
												0,00
5.	Disposición del cuerpo	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	
												0,00
6.	Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	
												0,00
7.	Situación	70	71	72	73	74	75	76	77	78		
												0,00
Total												0,00

Minusvalía			
1.	Orientación		
2.	Independencia física		
3.	Desplazamiento		
4.	Ocupacional		
5.	Integración social		
6.	Autosuficiencia económica		
7.	Función de la edad		
Total			0,00

ANEXO C. Formato del MUCI 4 para la calificación de la PCL

Formato trabajado en Excel

PCL		
A.	Deficiencia	0,00
B.	Valoración del rol laboral y otras áreas ocupacionales	0,00
Total		0,00

Deficiencia			Capítulo
A			
B			
Total A1		0,00	
C			
Total A2		0,00	
D			
Total A3		0,00	
E			
Total		0,00	

Valoración del Rol Laboral	0
Valoración del Rol de otras áreas Ocupacionales	0
Total	0

Restricciones en el rol laboral	
Activo sin restricción	0
Rol laboral recortado	5
Rol laboral adaptado	10
Cambio de rol laboral	15
Cambio de rol laboral con actividades recortadas	20
Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral - restricciones completas	25
Total	

Restricciones de la autosuficiencia económica	
Autosuficiencia	0
Autosuficiencia reajustada	1
Precariamente autosuficiente	1,5
Económicamente débiles	2
Económicamente dependientes	2,5
Total	

Restricciones en función de la edad cronológica	
Menor de 18 años	0
≥ 18 años - < 30 años	0,5
≥ 30 años - < 40 años	1
≥ 40 años - < 50 años	1,5
≥ 50 años - < 60 años	2
≥ 60 años	2,5
Total	

Aprendizaje y aplicación del conocimiento		
1.1	Mirar	
1.2	Escuchar	
1.3	Aprender a leer, escribir y calcular	
1.4	Aprender a calcular	
1.5	Pensar	
1.6	Leer	
1.7	Escribir	
1.8	Calcular	
1.9	Resolver problemas y tomar decisiones	
1.10	Llevar a cabo tareas simples	
Total		0

Comunicación		
2.1	Comunicarse con mensajes verbales	
2.2	Comunicarse con mensajes no verbales	
2.3	Comunicarse con mensajes en lenguaje de signo formal	
2.4	Comunicarse con mensajes escritos	
2.5	Habla	
2.6	Producción de mensajes no verbales	
2.7	Mensajes escritos	
2.8	Conversación	
2.9	Discusión	
2.10	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación	
Total		0

Movilidad		
3.1	Cambiar las posturas corporales básicas y cambiar de lugar	
3.2	Mantener la posición del cuerpo	
3.3	Levantar y llevar objetos	
3.4	Uso fino de la mano	
3.5	Uso de la mano y del brazo	
3.6	Andar y desplazarse por el entorno	
3.7	Desplazarse por distintos lugares	
3.8	Desplazarse utilizando algún tipo de equipo	
3.9	Utilización de transporte como pasajero	
3.10	Conducción	
Total		0

Cuidado personal		
4.1	Lavarse	
4.2	Cuidado de partes del cuerpo	
4.3	Higiene personal relacionada con la excreción	
4.4	Vestirse	
4.5	Quitarse la ropa	
4.6	Ponerse calzado	
4.7	Comer	
4.8	Beber	
4.9	Cuidado de la propia salud	
4.10	Control de la dieta y la forma física	
Total		0

Vida doméstica		
5.1	Adquisición de un lugar para vivir	
5.2	Adquisición de bienes y servicios	
5.3	Comprar	
5.4	Preparar comidas	
5.5	Realizar los quehaceres de la casa	
5.6	Limpieza de la vivienda	
5.7	Cuidados de los objetos del hogar	
5.8	Ayudar a los demás	
5.9	Mantenimiento de los dispositivos de ayuda	
5.10	Cuidado de los animales	
Total		0

ANEXO D. Consentimiento Informado

VARIACIONES EN LA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL AL INCLUIR LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS, EN TRABAJADORES AFILIADOS A UNA EPS EN LA CIUDAD DE CALI

Dra. Ivett Milena Cedeño Olivo
Dra. Paula Andrea Vega Orozco

FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



INFORMACIÓN

Cuando un trabajador presenta un problema de salud incapacitante (como es su caso), ya sea por enfermedad general, enfermedad o accidente laboral o de otro origen, en Colombia mediante el Decreto 917 de 1999 se evalúa para definir una condición de invalidez que determina la asignación o no de una pensión, conocida como “*pensión de invalidez*”. Hay algunos trabajadores, que pese a su limitada condición, son calificados con un alto porcentaje de discapacidad (40 – 49,99%) pero no logran llegar al porcentaje que define la pensión ($\geq 50\%$), generando una gran dificultad para desempeñar su actividad laboral. Por lo anterior queremos hacer un estudio de comparación de Manuales de Calificación de Invalidez (el vigente en el país y un manual que evalúa además el contexto social, prueba piloto del próximo manual de calificación de invalidez en Colombia), mediante la sustentación de casos reales , demostrando algunas condiciones que no se han tenido en cuenta en la calificación de invalidez en nuestro país y que podrían generar cambios en los resultados finales y en su clasificación en incapacidad permanente parcial o invalidez. La información obtenida nos permitirá generar recomendaciones para la toma de decisiones en el ámbito legal (mejorar el próximo Manual Único de Calificación de Invalidez), en la Salud Ocupacional

aportando profundidad en el conocimiento de la situación real de los trabajadores incapacitados y en la población trabajadora en la generación de cambios sociales favorables.

Para esta investigación se espera que participen las personas que hayan sido calificadas por la EPS con porcentajes de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) entre 40 – 49,99%, sin importar el origen de su incapacidad. Su participación es absolutamente voluntaria, cada uno está en su derecho de elegir pertenecer y/o renunciar a continuar en cualquier fase del estudio y no afectará su calificación actual dada por la EPS.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si usted acepta participar en la investigación se hará lo siguiente: Se va a aplicar el Manual de Calificación utilizado actualmente en Colombia (Decreto 917 de 1999) como seguimiento del caso por Medicina Laboral de su EPS, esto será de manera individual y además de aplicará la prueba piloto del próximo Manual de Calificación Colombiano. La información para la aplicación de estos manuales la obtendremos de una entrevista realizada a usted por las dos investigadoras en una sola oportunidad y de la historia clínica en lo que respecta a la parte médica en sí. Posteriormente los datos serán recopilados, ordenados y analizados y por último se generarán las conclusiones y recomendaciones que son el objeto de este estudio. La información recopilada podrá ser utilizada por los investigadores para futuros estudios.

BENEFICIOS

Si usted acepta participar no recibirá un beneficio directo de los resultados de este estudio. La información obtenida en este estudio podría ayudarnos a estructurar de manera más completa y justa los criterios y puntos de evaluación del Manual Único de Calificación de Invalidez y de manera indirecta, en el futuro, a mejorar

las condiciones personales, familiares y sociales de los trabajadores con marcada limitación.

RIESGOS

No habrá riesgos de ninguna índole. No se generará cambios en su calificación actual puesto que es un estudio comparativo de normas legales que no están vigentes en el momento. Si se evidencia que existe un cambio en los porcentajes de calificación de pérdida de capacidad laboral actual que genere variación en la clasificación del grado de invalidez, será remitido por los médicos laborales de la EPS a las entidades correspondientes para el reconocimiento de los derechos prestacionales.

RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

La responsabilidad del participante es darnos la información real de su condición médica y personal para la veracidad de los datos a obtener.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos recopilados harán parte de su historia clínica que será custodiada por la EPS bajo la rigurosidad de confidencialidad que exige la ley. Los datos que construyan la base de datos para el análisis estadístico serán identificados por un código que será conocido por las dos investigadoras y usted.

COMPENSACIÓN

No habrá ningún tipo de compensación económica.

PERSONAS A CONTACTAR

Si tiene cualquier pregunta acerca de este estudio o acerca de lo que debe hacer en caso de que sienta alguna molestia durante el estudio, puede comunicarse con la **Dra. Ivett Milena Cedeño Olivo**, médica general, estudiante de último semestre de la Maestría en Salud Ocupacional de la Universidad del Valle, al teléfono fijo: **372 3818** o celular: **301 2427404** o a la **Dra. Paula Andrea Vega Orozco**, médica general, estudiante de último semestre de la Maestría en Salud Ocupacional de la Universidad del Valle, al teléfono fijo: **551 0441** o celular: **311 7693813**. Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación en este estudio, puede contactarse al área de Comité de Ética de la Universidad del Valle, presidenta Laura Elvira Piedrahita, al correo electrónico eticasalud@univalle.edu.co.

TERMINACIÓN DEL ESTUDIO

Usted entiende que su participación en el estudio es **VOLUNTARIA**. En cualquier momento usted puede retirar su consentimiento a participar en el estudio, sin que se vea afectado. Su médico también podrá detener el estudio por razones médicas u otras razones.

ACEPTACIÓN Fecha (d/m/a): ____/____/____

Nombre del paciente:

cc.:

Nombre testigo #1:

cc.:

Nombre testigo #2:

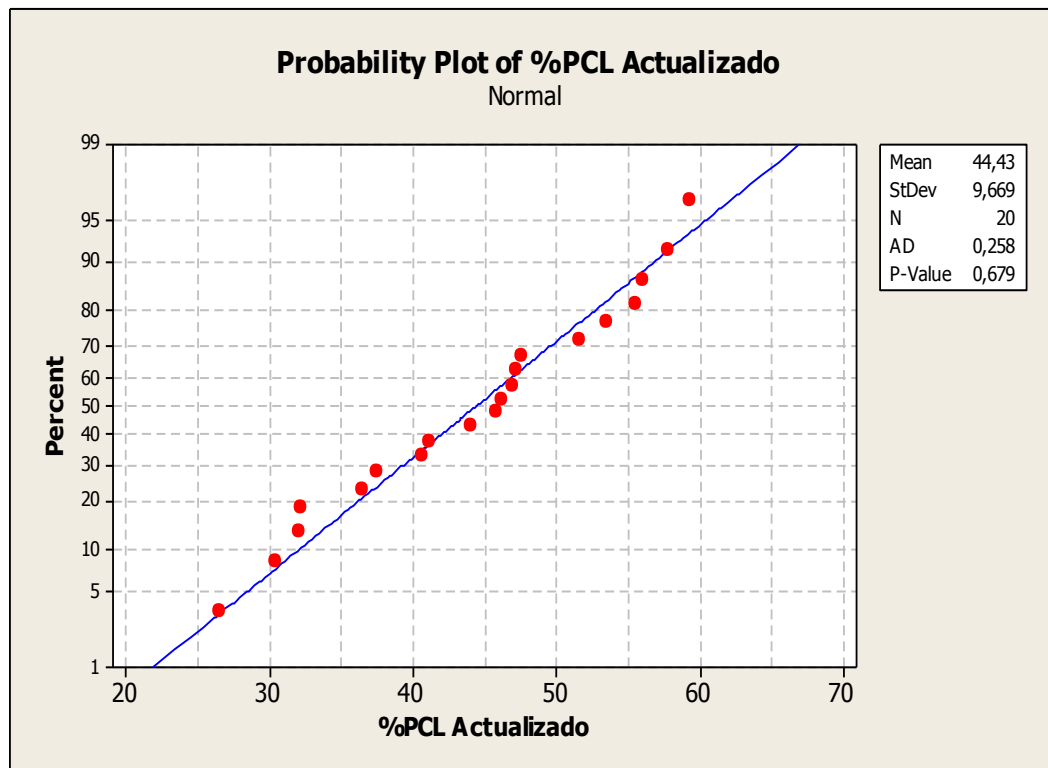
cc.:

La Resolución 008430 del Ministerio de Salud Nacional exige consignar el nombre del paciente o participante, su firma o huella digital, su identificación personal. Exige también la firma de dos testigos con su nombre y firma.

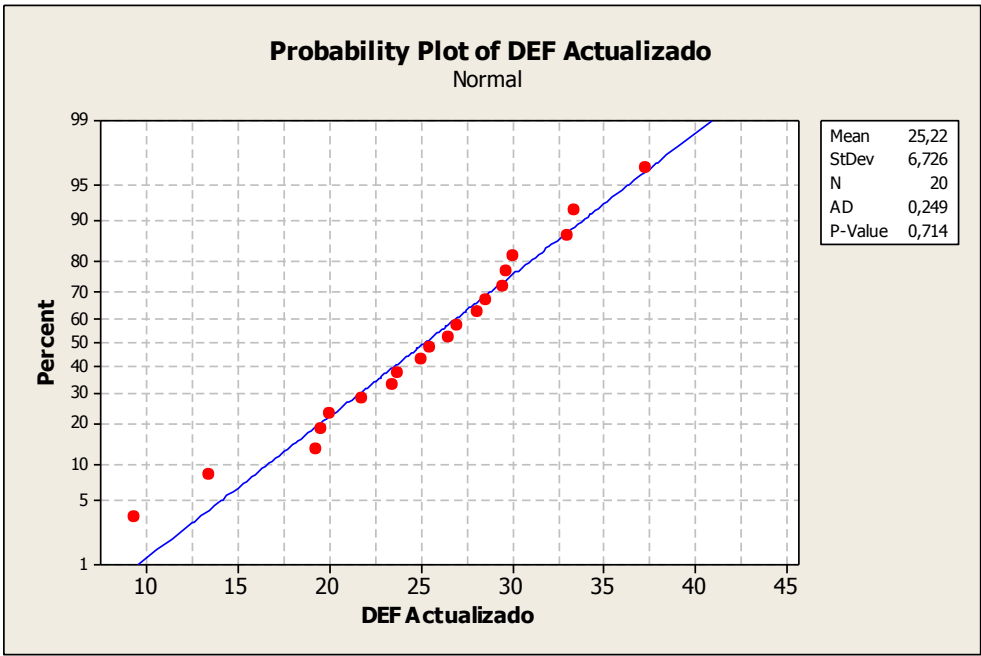
ANEXO E. Resultados del software estadístico

1. Pruebas de Normalidad de las variables:

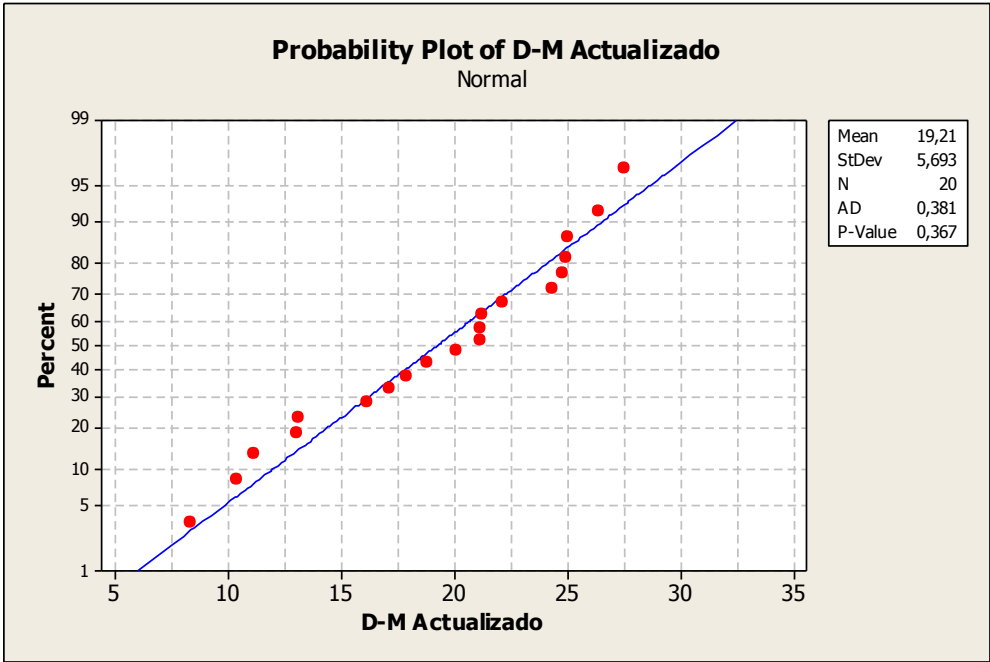
a. %PCL Actualizado se refiere al %PCL MUCI Actual:



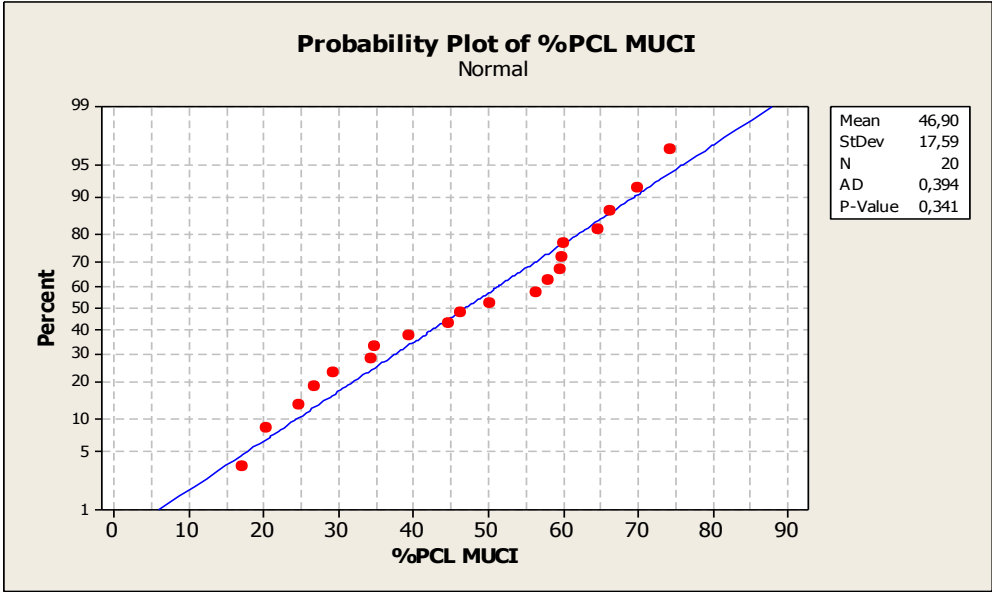
b. DEF Actualizado se refiere al DEF MUCI Actual:



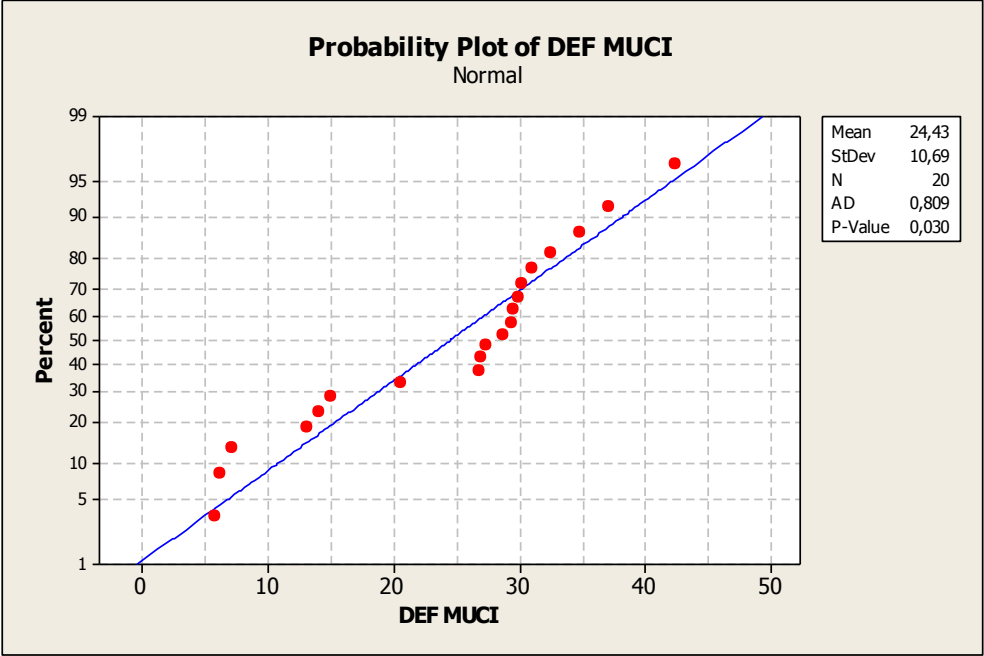
c. D-M Actualizado se refiere al D-M MUCI Actual:



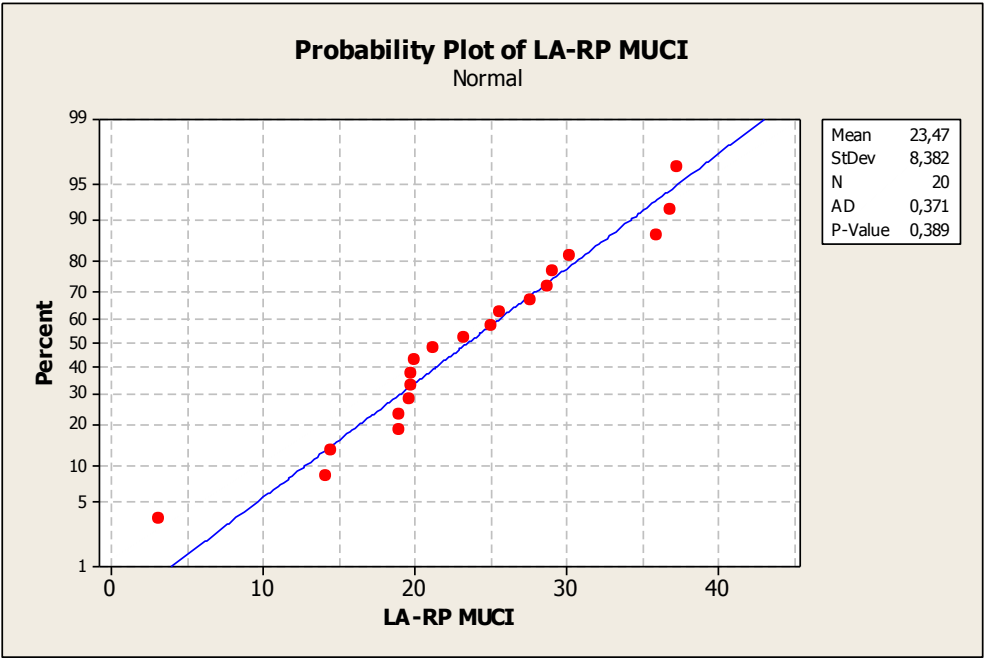
d. %PCL MUCI se refiere al %PCL MUCI 4:



e. DEF MUCI se refiere al DEF MUCI 4:



f. LA-RP MUCI se refiere a la LA-RP MUCI 4:



2. Pruebas paramétricas de comparación de promedios con muestras relacionadas:

Paired T-Test and CI: %PCL MUCI actual. %PCL MUCI 4

Paired T for %PCL Actualizado - %PCL MUCI

	N	Mean	StDev	SE Mean
%PCL Actualizado	20	44,43	9,67	2,16
%PCL MUCI	20	46,90	17,59	3,93
Difference	20	-2,47	10,73	2,40

95% upperboundfor mean difference: 1,68

T-Test of mean difference = 0(vs < 0): T-Value = -1,03
0,158

P-Value =

Paired T-Test and CI: D-M MUCI actual. LA-RP MUCI 4

Paired T for D-M Actualizado - LA-RP MUCI

	N	Mean	StDev	SE Mean
D-M Actualizado	20	19,21	5,69	1,27
LA-RP MUCI	20	23,47	8,38	1,87
Difference	20	-4,26	4,77	1,07

95% upperboundfor mean difference: -2,41

T-Test of mean difference = 0(vs < 0): T-Value = -3,99
0,000

P-Value =

Prueba no paramétrica de comparación de dos variables, aplicada con SPSS.

3. Pruebas no paramétricas

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre DEFactual y DEFMUCI es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

4. Prueba de concordancia en la calificación entre %PCL MUCI actual y %PCL MUCI 4.

Tabulated statistics: %PCL actrec. %PCL MUCI rec

Rows: %PCL actrec Columns: %PCL MUCI rec

	0	1	All
0	10	4	14
1	0	6	6
All	10	10	20

Cell Contents: Count

Kappa 0,6

Salida de SPSS para la prueba de concordancia.

Tabla de contingencia PCLA * PCLM

Recuento

	PCLM		Total
	0	1	
PCL 0	10	4	14
A 1	0	6	6
Total	10	10	20

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Medida de acuerdo Kappa	,600	,164	2,928	,003
N de casos válidos	20			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.